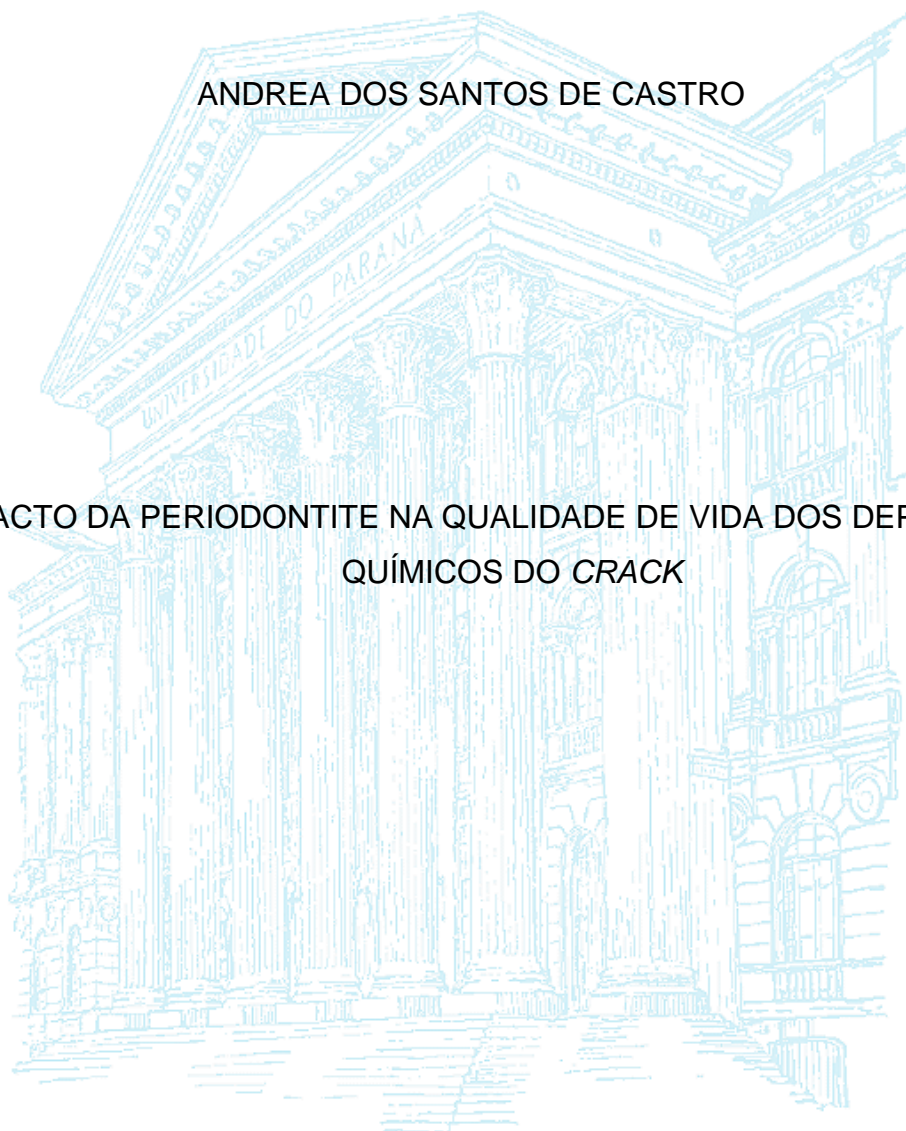


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANDREA DOS SANTOS DE CASTRO

IMPACTO DA PERIODONTITE NA QUALIDADE DE VIDA DOS DEPENDENTES
QUÍMICOS DO CRACK



CURITIBA

2015

ANDREA DOS SANTOS DE CASTRO

IMPACTO DA PERIODONTITE NA QUALIDADE DE VIDA DOS DEPENDENTES
QUÍMICOS DO *CRACK*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ângela Naval Machado

Coorientadora: Profa. Dra. Marilisa Carneiro Leão Gabardo

CURITIBA
2015

Castro, Andrea dos Santos

Impacto da periodontite na qualidade de vida dos dependentes químicos do crack / Andrea dos Santos Castro – Curitiba, 2015.

65 f. ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Maria Ângela Naval Machado

Coorientadora: Professora Dra. Marilisa Carneiro Leão Gabardo

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2015.

Inclui bibliografia

1. Saúde bucal. 2. Cocaína-Crack. 3. Dependentes químicos. 4. Qualidade de vida.
5. Periodontite. I. Machado, Maria Ângela Naval. II. Gabardo, Marilisa Carneiro Leão.
- III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 617.632

TERMO DE APROVAÇÃO

ANDREA DOS SANTOS DE CASTRO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO

IMPACTO DA PERIODONTITE NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À
SAÚDE BUCAL DE DEPENDENTES QUÍMICOS DO *CRACK*

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre no
Programa de Pós Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:

Orientador:



Profª. Dra. Maria Ângela Naval Machado
Departamento de Estomatologia, UFPR



Profª. Dra. Giovana Daniela Pecharki
Departamento de Saúde Comunitária, UFPR



Profª. Dra. Renata Iani Werneck
Departamento Saúde Coletica-PUCPR

Curitiba, 23 de julho de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai Renato Luiz de Castro, com todo meu amor e gratidão por ser muito além do que um pai representa, por ser um incansável incentivador dos meus estudos. Sem ele eu não estaria nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

A toda minha família, em especial, meu pai Renato Luiz de Castro, minha mãe Valdiva dos Santos de Souza, minhas irmãs Luiza de Castro e Luziany de Castro, minha vó Graça Santos, minhas tias Magda Machado de Castro e Maria Teresa de Castro Amaral, minha madrastra Marides Farias, minha prima Thammy das Neves Athayde e aos meus tios Galeno de Castro e Maria Leovergídia Dias por serem fonte de profundo amor, incentivo e alicerce.

Aos meus mestres da Faculdade de Odontologia da UFAM, Maria Augusta Bessa Rebelo, Flávia Cohen Carneiro, Nikeila Chacon Oliveira Conde, Leandro Moura Martins, José Eduardo Gomes Domingues, Tatiana Nayara Libório Kimura, Gustavo Henrique Diniz Pimentel, Adriana Corrêa de Queiroz Pimentel, Luciana Mendonça da Silva, Ary de Oliveira Alves Filho, Cláudia Andrea Corrêa Garcia Simões, Janete Maria Rebelo Vieira e Patrícia Pinto Lopes pela amizade, incentivo, encorajamento para desbravar a vida científica e pelo exemplo de mestres que carrego comigo aonde quer que eu esteja.

Ao meu mestre da vida, Daisaku Ikeda e os companheiros Soka em especial ao Sr Tomofusa Kusuda e a sra Aparecida Araújo por serem grandes incentivadores presentes em todos os momentos, minha mais profunda gratidão.

Aos meus grandes amigos, Ricardo Kussuda e família, Kátia Daniela de Oliveira Montani e família, Marcella Rodrigues e família, Márcia Said Pacheco Lopes e família, Tchely Karoline Bandeira, Alice Parisotto da Costa Netta, Fernanda Sobrinho, Aline Galvão, Luana Gama e Adario, Tássia Melo, Shayryane Manenti, Camila Farias, Leonardo Farias, Ariany Araújo, Gisa Alfaia, Natália Pi, Raquel Zoehler de Carvalho, Maruska Dib Iamut, Dagoberto Moisés Feitosa do Nascimento, Kelmara Lemos, Ana Carolina Fernandes Couto, Isabela Ricon de Freitas, Rodrigo Araújo e Fernanda Baboni.

Aos meus amigos manauaras residentes em Curitiba, que se tornaram extensão da minha família, Athos Cardoso, Poliana Martins Cardoso, Vitor Coêlho, Sávio Corrêia, André Ferreira, Geisy Rebouças Lima Brasil, Coracy Brasil, Niceane Campos Chaves, Nayara Almeida e Larissa Dias Peixoto. Vocês também fizeram parte desta história.

Ao meu namorado, companheiro, amigo e confidente Fernando Américo dos Reis Capone, por todo apoio, compreensão e amor. Com você ao meu lado tudo foi mais fácil.

À minha orientadora, Maria Ângela Naval Machado, por ser exemplo de mulher de fibra, por ter me dado a oportunidade de ser sua orientanda, e ter dedicado muito mais que sua atenção ao meu trabalho, pelo carinho, compreensão nos momentos desafiadores, confiança e experiência enriquecedora serei eternamente grata.

À Marilisa Carneiro Leão Gabardo pela co-orientação, direcionamento e correções e por ter sido muito querida e contribuído de maneira ímpar para o desenvolvimento do trabalho.

À banca de qualificação, professores Fabian Calixto Fraiz e professora Luciana Reichert da Silva Assunção pelo direcionamento e orientações imprescindíveis para o trabalho.

Às professoras da banca de defesa da dissertação Giovana Daniela Pecharki e Renata Iani Werneck por terem aceitado o convite de participar da banca de defesa e pela grande contribuição ao trabalho.

Aos meus colegas de turma do mestrado e a todo Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFPR, em especial aos professores Antônio Adilson Soares de Lima, Marília Compagnoni (*in memoriam* e no coração) e Ângela Fernandes pelo acolhimento e pela oportunidade de ter convivido com vocês nestes dois anos.

Ao Instituto de Pesquisa e Tratamento do Alcoolismo (IPTA) e a Associação San Julian, especialmente ao Dr Ricardo Sbalquero, diretor técnico do San Julian, por toda confiança depositada, pelo apoio e por ter permitido o desenvolvimento da pesquisa da melhor maneira possível.

À secretária do Programa de Pós Graduação, Ana Maristela Rodacki, primeira integrante do programa que tive contato e me recebeu com muito calor humano, não poderia deixar de agradecer.

Gostaria de agradecer a honra de ter conhecido as colegas de turma de mestrado Jeniffer Kula, Indiara Welter Henn e Aline Lemes, as quais foram imprescindíveis desde a minha chegada em Curitiba e tornaram meus dias mais calorosos mesmo com o rigoroso inverno curitibano.

"Não é necessário melhorar a aparência, adquirir muita cultura, aumentar o salto do sapato, levantar mais o nariz. Precisamos diminuir o barulho, caminhar mais devagar, prestar atenção em quem chega, abaixar a cabeça e colocar a humildade pra funcionar. Somos grandes, quando somos pequenos."

Ita Portugal

RESUMO

Este estudo analítico transversal e de amostra censitária teve como objetivo avaliar o impacto da periodontite na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de dependentes químicos (DQ) do *crack*, atendidos em centros de referência para tratamento da dependência química, situados em duas cidades do Estado do Paraná, Brasil. Foram coletados dados sobre as variáveis: socioeconômicas e demográficas, clínicas periodontais, comportamentais da drogadição e referentes à autopercepção na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB). Os dados da QVRSB foram obtidos por meio do instrumento *Oral Health Impact Profile* na forma reduzida (OHIP-14), adaptada e validada em português. Para verificar as possíveis associações entre as variáveis periodontais e o impacto relatado na qualidade de vida foram realizadas análises estatísticas descritivas e análise univariada e múltipla de regressão de Poisson, com variância robusta. Participaram do estudo 242 indivíduos. As variáveis periodontais demonstraram que 20,2% dos DQ do *crack* apresentaram profundidade de sondagem ≥ 4 mm, 23,6% nível de inserção clínica ≥ 4 mm, 90,9% sangramento à sondagem, 96,3%, sangramento marginal e frequências iguais de 97,1% para cálculo e biofilme. A periodontite foi diagnosticada em 20,6% da amostra. A média do escore do OHIP-14 foi 24 (dp=13,5). Na análise multivariada manteve-se a significância estatística e os piores impactos foram encontrados nos indivíduos que apresentaram periodontite (RP= 1,19; IC95%= 1,12 - 1,27), que relataram sensação de gosto metálico na boca (RP=1,11; IC 95%=1,03 - 1,20), sensação de dentes amolecidos (RP=1,09; IC95%= 1,00 - 1,18) e naqueles que residiam sozinhos (RP=1,12, IC95%= 0,98- 1,28). Conclui-se que nos dependentes químicos do *crack* a periodontite foi associada com a baixa qualidade de vida, independente de outras variáveis analisadas, como características socioeconômicas e demográficas, comportamentais da drogadição e outras condições presentes na cavidade bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal, Cocaína *Crack*, Dependentes químicos, Qualidade de vida, Periodontite.

ABSTRACT

This analytical descriptive cross-sectional census study aimed to assess the impact of periodontitis in oral health related quality of life (OHRQoL) of crack addicts receiving care at outpatient treatment facilities in two cities in the state of Paraná, Brazil. The socioeconomic and demographic data, periodontal condition, oral health behavior, addiction history and the self-perceived OHRQoL have been collected. The data of OHRQoL was assessed by the short form of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14), cross-culturally adapted and validated for Brazilian Portuguese. Descriptive statistical analysis and univariate and multiple Poisson regression with robust variance were performed. The study was conducted on 242 subjects. The periodontal parameters showed probing depth ≥ 4 mm in 20.2% of crack addicts, clinical attachment level ≥ 4 mm in 23.6%, bleeding on probing in 90.9%, gingival bleeding in 96.3%, plaque and calculus were observed in equal frequencies of 97.1% of the sample. Periodontitis was diagnosed in 20.6 % of the sample the mean OHIP-14 score was 24 (SD=13.5). In the multiple regression model, the prevalence of a negative impact on OHRQoL was statistically significant difference among individuals with periodontitis (PR=1.19; CI 95%= 1.12 – 1.27), sensation of metallic taste in mouth (PR=1.11; CI 95%= 1.03 – 1.20), tooth mobility (PR=1.09; CI95%= 1.00 – 1.18) and those who declared to live alone (PR=1.12; CI 95%= 0.98- 1.28). It can be concluded that in crack addicts periodontitis was associated with a low quality of life, independent of other variables, such as socioeconomic and demographic, behavioral characteristics of drug addiction and other conditions present in the oral cavity.

Keywords: Quality of life, Addicts, Crack Cocaine, Oral health, Periodontitis

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA PARA AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS NOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO <i>CRACK</i> , CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL (N=242).....	31
TABELA 2 -	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO <i>CRACK</i> , CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL (N=242).....	32
TABELA 3 -	CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS DA DROGADIÇÃO DOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO <i>CRACK</i> , CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242).....	33
TABELA 4 -	CONDIÇÃO PERIODONTAL DOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO <i>CRACK</i> , CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242).....	33
TABELA 5-	DISTRIBUIÇÃO DO NÍVEL DE INSERÇÃO CLÍNICA DOS DENTES AVALIADOS COM PERIODONTITE NOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO <i>CRACK</i> , CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242).....	34
TABELA 6 -	DISTRIBUIÇÃO DA PROFUNDIDADE DE SONDAGEM E NÍVEL DE INSERÇÃO CLÍNICA (POR INDIVÍDUO) NOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO <i>CRACK</i> , CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242).....	34
TABELA 7 -	PREVALÊNCIA DO IMPACTO NA QVRSB E ESCORES	

	DO OHIP-14 EM DEPENDENTES QUÍMICOS DO <i>CRACK</i> , CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242).....	35
TABELA 8 -	FREQUÊNCIA DE IMPACTO RELATADA EM CADA ITEM DO OHIP-14 NOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO <i>CRACK</i> , CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242).....	36
TABELA 9 -	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA PARA AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E IMPACTO DA QVRSB ENTRE DEPENDENTES QUÍMICOS DO <i>CRACK</i> , CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242).....	37
TABELA 10 -	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA PARA AS VARIÁVEIS DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E IMPACTO DA QVRSB ENTRE DEPENDENTES QUÍMICOS DO <i>CRACK</i> , CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242).....	38
TABELA 11 -	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA PARA AS VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS DE DROGADIÇÃO E IMPACTO NA QVRSB ENTRE DEPENDENTES QUÍMICOS DO <i>CRACK</i> , CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242).....	39
TABELA 12 -	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA PARA AS VARIÁVEIS DA CONDIÇÃO PERIODONTAL E IMPACTO NA QVRSB NOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO <i>CRACK</i> , PIRAQUARA E CAMPO LARGO, BRASIL, 2015 (N=242).....	40
TABELA 13 -	FATORES ASSOCIADOS COM O IMPACTO DA QVRSB NOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO <i>CRACK</i> PELO MODELO DE REGRESSÃO MÚLTIPLA DE POISSON,	41

PIRAQUARA E CAMPO LARGO, BRASIL, 2015
(N=242).....

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	15
3. REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1. Dependência química	16
3.2. O <i>Crack</i>	17
3.3. A doença periodontal (DP) e as Drogas	18
3.4. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB)	20
4. MATERIAL E MÉTODOS	24
4.1. LINHA DE PESQUISA	24
4.2. DELINEAMENTO DA PESQUISA E AMOSTRA	25
4.3. CALIBRAÇÃO	25
4.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	26
4.5. AVALIAÇÃO PERIODONTAL	27
4.6. PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO OHIP-14	29
4.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA	29
5. RESULTADOS	31
6. DISCUSSÃO	42
7. CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	54
APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55
APÊNDICE 2: MODELO DE QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO, DE SAÚDE BUCAL, DE DROGADIÇÃO E CONDIÇÃO PERIODONTAL	57
ANEXOS	61
ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS - UFPR	62
ANEXO 2: MODELO DE QUESTIONÁRIO PARA MENSURAR O IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA (OHIP-14)	64
ANEXO 3. AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS, VALIDAÇÃO E CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO OHIP-14	65

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga corresponde a qualquer substância química ou mistura de substâncias que podem alterar a função e a estrutura biológica (CARLINI *et al.*, 2001). O consumo de drogas psicotrópicas no mundo é crescente e considerado um grave problema de saúde pública. É sabido que a dependência química tem consequências para o organismo e para a saúde do indivíduo, inclusive para a cavidade bucal (COSTA *et al.*, 2011).

Drogas como álcool, maconha, cocaína, *crack*, entre outras, afetam o caráter, alteram a percepção da realidade, prejudicam o senso de responsabilidade e suscetibilizam o dependente químico (DQ) a uma instabilidade emocional e psíquica. As alterações físicas e químicas resultantes do consumo de tais drogas podem conduzir à negligência com o próprio estado de saúde (COLODEL *et al.*, 2008; COSTA *et al.*, 2011).

O *crack*, de acordo com o levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, em 2005, estava entre as drogas com progressivo consumo entre os usuários, especialmente nas regiões Sul e Sudeste, passando de 0,5% em 2001, para 1,1% em 2005 de amostras representativas de 108 cidades brasileiras (CEBRID, 2005). Em 2012 a Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas (SENAD) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) estimaram um milhão de usuários de drogas ilícitas (exceto a maconha) nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, sendo que dos pesquisados 370 mil (35%) consumiam *crack* e derivados da cocaína (BRASIL, 2012).

Embora não estejam plenamente elucidadas, há evidências de associação entre os determinantes sociais nocivos como a dependência química, e um perfil menos favorável de saúde bucal (COHEN-CARNEIRO *et al.*, 2011). Desta forma, a progressão dos agravos se dá em virtude de fatores individuais, comportamentais, sistêmicos e genéticos, sendo que o consumo de drogas se configura entre os sociais (COLODEL *et al.*, 2008; COSTA *et al.*, 2011).

As manifestações bucais mais encontradas nos DQ são alterações no fluxo salivar, desgastes dentários, perda óssea, cáries, xerostomia, dor e doença periodontal (DP) (COLODEL *et al.*, 2008; COSTA *et al.*, 2011; D'AMORE *et al.*, 2011; ALBINI *et al.*, 2015).

Uma vez identificada esse problema em DQ, é oportuno ressaltar que a saúde bucal é indissociável da saúde geral, com repercussão direta sobre a qualidade de vida das pessoas (SHINKAI, 2000).

A qualidade de vida é caracterizada pela percepção por parte de indivíduos ou de grupos de satisfazer suas verdadeiras necessidades enquanto aproveitam as oportunidades para criar satisfação pessoal e para alcançar a felicidade (LOCKER, 1997). Todas as variáveis que interferem na qualidade de vida são importantes porque podem alterar ou modificar o tratamento de qualquer doença, incluindo a dependência química (MOREIRA *et al.*, 2013), e nesse contexto o *crack*, altera a percepção do indivíduo a este respeito (MARQUES *et al.*, 2015).

A fim de ser avaliada a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB), instrumentos foram desenvolvidos como forma de medir, explícita e sistematicamente, a dimensão social e psicológica da saúde bucal. Dentre os esses destaca-se o OHIP (*Oral Health Impact Profile*) originalmente composto por 49 questões ((SLADE & SPENCER, 1994), o qual foi reduzido para a versão curta, o OHIP-14 (OLIVEIRA; NADADOVSKY, 2005). O OHIP-14 foi validado e adaptado para o português e tem sido o mais aplicado em diferentes grupos populacionais e em variadas faixas etárias (SANDERS *et al.*, 2009; CASCAES *et al.*, 2009; CUNHA-CRUZ *et al.*, 2009; COHEN-CARNEIRO *et al.*, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2010; BÉRNABE; MARCENES, 2010; AL HABASHNEH *et al.*, 2011; GABARDO *et al.*, 2013; DURHAM *et al.*, 2013; SIMONA *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015; MARQUES *et al.*, 2015).

Assumindo-se o pressuposto que as variáveis individuais e contextuais exercem influência na autopercepção da condição de saúde bucal, e que nos DQ a periodontite pode se agravar, pois existe um comportamento de risco em relação à drogadição que pode comprometer essa autopercepção, o presente estudo investigou o impacto da periodontite na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de dependentes químicos do crack atendidos em centros de referência para tratamento situados em duas cidades do Estado do Paraná, Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da periodontite na qualidade de vida dos dependentes químicos do *crack*.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Investigar a associação entre variáveis socioeconômicas demográficas, comportamentais e periodontais com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em dependentes químicos do *crack*.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Dependência química

A dependência química é uma doença complexa, caracterizada por uma busca compulsiva pela droga e pelo uso persistente mesmo diante de efeitos negativos (BUCHELE *et al.*, 2006). O uso abusivo de drogas ilícitas é um dos problemas de saúde pública mais onerosos e desafiadores em todo o mundo e tem como consequências distúrbios físicos, mentais e psíquicos (CHEN & LIN, 2009).

Aliane e colaboradores (2006) declaram que a probabilidade do consumo da droga se repetir é maior se o efeito psicoativo for satisfatório. Os mesmos autores definem a dependência química como o resultado de uma interação entre os efeitos fisiológicos das substâncias psicotrópicas no cérebro e da sensação de prazer percebida pelo usuário (ALIANE *et al.*, 2006).

O DQ passa a maior parte do tempo sob o efeito da droga ou a procura de obter a substância. Isso pode levar à baixa qualidade de vida, pois ocorre um desequilíbrio entre a combinação do bem-estar psicológico e a saúde física (BUCHELE *et al.*, 2009). O consumo de droga tende a reduzir a capacidade cognitiva e a motivação para desempenhar as tarefas do cotidiano. Dessa forma, o DQ não consegue mais cumprir suas obrigações devido ao uso da substância ou pelos efeitos adversos do seu uso (MARCON *et al.*, 2012; SILVEIRA *et al.*, 2002).

A capacidade de manter uma boa higiene e uma dieta equilibrada ficam comprometidas e podem levar a um quadro de desnutrição até à anemia (NOGUEIRA FILHO, 1997), consequências que repercutem na saúde individual e coletiva impactando na qualidade de vida dos mesmos (MOREIRA *et al.*, 2013).

Dependentes químicos em tratamento de abstinência da droga são mais susceptíveis e têm maior risco para desenvolver doenças bucais, além de apresentarem pobre saúde bucal, especialmente aqueles menos escolarizados (SHEKARCHIZADEH *et al.*, 2013).

O consumo do *crack* no Brasil teve início em 1990 (DUNN *et al.*, 1996; RIBEIRO *et al.*, 2006; OLIVEIRA; NAPPO, 2008). Desde a última década, o *crack* continua sendo uma droga acessível para a população de baixa renda (SANCHEZ;

NAPPO, 2002) em virtude do baixo custo, fácil manejo, pela ausência da necessidade de usar seringas, pelo rápido efeito e o alto potencial de dependência. O uso abusivo dessa droga e a dependência estão associados com o risco aumentado de comportamento violento/homicida e envolvimento com prostituição (GUINDALINI *et al.*, 2006; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

O grande número de usuários, a maior visibilidade social e a maior demanda sobre os serviços de saúde levam à necessidade de ampliação de estudos sobre o *crack* (HORTA *et al.*, 2011).

3.2. O Crack

O *crack* é uma droga ilícita estimulante, ou seja: acelera o funcionamento do sistema nervoso central (SNC), provocando agitação, excitação, insônia, entre outros efeitos comportamentais. É encontrado em forma sólida (“pedra”), obtida a partir da pasta de coca ou da cocaína em pó, adicionada de água e de um agente alcalinizante (amônia ou hidróxido de sódio ou bicarbonato de sódio). As pedras ao se quebrarem, fazem um barulho característico “crack”, e por essa razão a droga recebeu esse nome (WOOD *et al.*, 1996; OLIVEIRA; NAPPO., 2008; DUAİLÍBI *et al.*, 2008; ANTONIAZZI *et al.*, 2013).

A pedra de *crack*, para ser fumada, é acondicionada em recipientes como latas de alumínio, cachimbos e tubos, onde é queimada transformando-se do estado sólido para líquido e vapor, enquanto o usuário inala a fumaça produzida (DUAİLÍBI *et al.*, 2008; OLIVEIRA; NAPPO, 2008). A fumaça é então absorvida nos pulmões o que rapidamente faz com que a cocaína chegue à corrente sanguínea e seja direcionada diretamente para o cérebro, sem que parte da droga possa ser metabolizada pelo fígado. Por isso o efeito é muito mais rápido e intenso do que o da cocaína aspirada ou injetada. O tempo médio para que o *crack* depois de fumado e absorvido pelas vias pulmonares atinja a circulação cerebral é de 6 a 8 segundos. Essa ação produz uma intensa euforia que desaparece após 10 minutos, razão pela qual o usuário procura com tanta rapidez outras doses (CARLINI *et al.*, 2001; OLIVEIRA; NAPPO *et al.*, 2008).

Os DQ do *crack*, em geral, são poliusuários de drogas. O consumo concomitante de cocaína e maconha é comum além de tabaco (SANCHEZ; NAPPO, 2002; GUINDALINI *et al.*, 2006; DUAİLBI *et al.*, 2008). Quanto as doenças sistêmicas, os usuários de *crack* apresentam maior ocorrência de complicações cardiovasculares, respiratórias, neurológicas e gastrointestinais (KAUSHIK *et al.*, 2011; MILROY; PARAI, 2011).

Manifestações bucais também foram relatadas como xerostomia, índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) elevado, redução da capacidade tampão da saliva, queilite angular, bruxismo, perdas dentais, doença periodontal, halitose, estomatites, hipoestesia (diminuição da sensibilidade), dor, hipossalivação e erosão dentária (PEDREIRA *et al.*, 1999; RIBEIRO *et al.*, 2002; COLODEL *et al.*, 2009; ALBINI *et al.*, 2015; D'AMORE *et al.*, 2011). Alterações no paladar como presença de “gosto de sangue” também foram relatadas (ABDOLLAHI; RADFAR *et al.*, 2003).

O aumento da temperatura da fumaça na queima do *crack* pode causar lesões necróticas da língua, epiglote e queimaduras da mucosa e da laringe decorrentes do efeito irritativo e vasoconstritor da droga (LEE *et al.*, 1991; COOK, 2011).

3.3. A doença periodontal (DP) e as Drogas

A DP é uma doença inflamatória crônica progressiva e multifatorial que envolve microrganismos, fatores genéticos, fatores ambientais e a resposta do hospedeiro (OFFENBACHER, 1996; DI BENEDETTO *et al.*, 2013).

Entende-se por DP a gengivite e a periodontite. A gengivite é uma inflamação gengival na qual o epitélio juncional permanece aderido ao dente em seu nível original. Na progressão da doença, a inflamação se estende para o interior dos tecidos periodontais de suporte. A perda óssea inicial marca a transição da gengivite para a periodontite, que quando não diagnosticada e tratada pode ocasionar a perda dentária (CARRANZA *et al.*, 2011). É a segunda maior causa de perda dentária depois da cárie (LOURO *et al.*, 2001). A porcentagem de indivíduos sem alterações periodontais foi de 63% para a idade de 12 anos, 51% para a faixa de 15 a 19 anos,

17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos (BRASIL, 2011). Esses resultados demonstram a progressão da DP com o avanço da idade.

A relação do tabaco com a DP é bem estabelecida na literatura. O tabagismo, além de ser um fator de risco para o seu desenvolvimento, atua aumentando a severidade da mesma (BERGSTROM, 1989; CARVALHO *et al.*, 2008; MATOS; GODOY, 2011).

Uma forte associação entre o consumo de maconha e a DP em adultos jovens foi sugerida por Thomson *et al.* (2008) indicando que a longo prazo a maconha é prejudicial para o periodonto. Esses autores demonstraram que fumantes de maconha apresentam maior predisposição a perda de inserção periodontal do que os não usuários (THOMSON *et al.*, 2008). Em contrapartida, não foram encontradas evidências suficientes para sugerir que o uso da maconha está associado com a DP em adolescentes (LÓPEZ; BAEUM, 2009).

A ocorrência de DP, perda óssea radiográfica avançada, recessão e abrasão gengival foram também observadas em uma série de 20 casos de usuários de cocaína atendidos em uma clínica privada, encaminhados pelas manifestações clínicas não usuais e por dificuldade de resposta ao tratamento periodontal (YUKNA, 1991).

O efeito do uso do *crack* no periodonto não é bem estabelecido, são poucos os estudos que abordam o crack e o periodonto. Parece de maneira geral ocorrer devido a alterações nas funções celulares e nos fatores relacionados ao sistema imune (PELLEGRINO; BAYER, 1998; STEFANIDOU *et al.*, 2011). A capacidade da atividade fagocítica, por exemplo, parece estar mais suprimida após a administração de *crack* quando comparada à cocaína (PELLEGRINO; BAYER, 1998; CABRAL, 2006). As alterações imunológicas estão diretamente relacionadas com a patogênese das doenças periodontais. As alterações nas respostas imunes, inata e adaptativa, influenciam na progressão e severidade da DP (KINANE *et al.*, 2011).

A baixa condição socioeconômica dos usuários, diminuição da autoestima e descaso com a higiene pessoal e, por consequência uma higiene oral deficiente e pouca procura ao atendimento odontológico, são fatores relevantes fortemente associados com a saúde bucal e a qualidade de vida dos DQ (PARRY *et al.*, 1996; SAYAGO, 2011; MARQUES *et al.*, 2015).

3.4. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB)

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) a qualidade de vida é considerada “a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas dos valores em que vivem e com relação a seus objetivos, expectativas, padrões e interesses” (ALLEYNE, 2001).

Avaliar a saúde bucal somente por meio de indicadores clínicos não fornece informações sobre o funcionamento da cavidade bucal, ou sobre a pessoa na sua integridade, nem sobre suas percepções de sintomas, pois os indicadores clínicos limitam-se a registrar a história prévia de cárie, DP e suas repercussões, mas não indicam e nem mensuram se tais doenças afetam a qualidade de vida do indivíduo e prejudicam seu desempenho nas atividades diárias e no relacionamento interpessoal (SHEIHAM *et al.*, 2001; COHEN-CARNEIRO *et al.*, 2010).

A necessidade de mensurar a subjetividade do impacto da saúde bucal na qualidade de vida levou ao desenvolvimento de inúmeros indicadores sociodentais que permitem uma avaliação multidimensional da condição de saúde bucal (BIAZEVIC *et al.*, 2008; COHEN-CARNEIRO *et al.*, 2010),

O Perfil de Impacto da Saúde Bucal, *Oral Health Impact Profile* OHIP), na versão abreviada (OHIP-14), tem se destacado como instrumento para a análise da autopercepção do processo saúde-doença bucal pela ampla aplicabilidade, número de questões reduzido, baixo custo, facilidade de uso e por considerar as consequências sociais dos problemas bucais importantes para os indivíduos (LEÃO; SHEIHAM, 2006; SANDERS *et al.*, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2010; BÉRNABE & MARCENES *et al.*, 2010; COHEN-CARNEIRO *et al.*, 2010; AL HABASHNEH *et al.*, 2011; GABARDO *et al.*, 2013; MARQUES *et al.*, 2015).

O OHIP, originalmente desenvolvido na Austrália, é composto por 49 itens que englobam sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social (SLADE & SPENCER, 1994). Foi desenvolvido de acordo com modelo “*disease-impairment-disability-handicap*” da OMS, que incorpora apenas impactos negativos à saúde.

O OHIP-14 foi adaptado transculturalmente para o Brasil (OLIVEIRA & NADANOVSKY, 2005) e pode ser administrado tanto como entrevista quanto auto

aplicado, sem que suas propriedades psicométricas sejam alteradas (ROBINSON *et al.*, 2001). O instrumento é constituído por 14 perguntas, duas para cada uma das sete dimensões da versão original de Slade e Spencer (1994), sendo: limitação funcional (itens 1 e 2), dor física (itens 3 e 4), desconforto psicológico (itens 5 e 6), incapacidade física (itens 7 e 8), incapacidade psicológica (itens 9 e 10), incapacidade social (itens 11 e 12) e desvantagem social (itens 13 e 14) (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005). O questionário é respondido com uma escala de cinco pontos de Likert, com categorias de respostas: “nunca” (0), “raramente” (1), “às vezes” (2), “quase sempre” (3) e “sempre” (4) (SLADE, 2007). O escore final da escala pode ser obtido tanto pelo método ponderado quanto pelo aditivo, pois ambos possuem relação entre si e apresentam desempenho semelhante (SLADE *et al.*, 1996; GABARDO *et al.*, 2013). Os escores mais altos representam um maior impacto na QVRSB (SLADE, 1997).

Nos últimos anos várias pesquisas sobre a QVRSB foram desenvolvidas (CUNHA-CRUZ, 2007; CASCAES *et al.*, 2009; SANDERS *et al.*, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2010; AL HABASHNEH *et al.*, 2011; DURHAM *et al.*, 2013; BRAUCHLE *et al.*, 2013; SIMONA *et al.*, 2014) porém não foram localizados estudos que avaliassem a influência da condição periodontal na qualidade de vida em usuários de *crack*.

Cunha-Cruz *et al.* (2007) avaliaram a QVRSB de pacientes de um serviço odontológico em Washington e foram atendidos por especialistas em Periodontia por meio de questões de autopercepção de saúde bucal e também por meio de características clínicas de saúde bucal. Os autores encontraram uma pior percepção da saúde bucal associada com a presença de mais de oito dentes com profundidade de sondagem (PS) > 5 mm.

Cascaes *et al.* (2009) buscaram avaliar a associação entre a DP e a autopercepção de saúde bucal em 13.431 adultos, entre 35 e 44 anos, de 250 cidades do Brasil. As condições periodontais foram mensuradas utilizando os maiores escores do Índice Periodontal Comunitário (IPC) e do Índice de Perda de Inserção Clínica (PIC). A variável de desfecho, autopercepção da saúde bucal, foi avaliada pela questão: "Como você classificaria a sua saúde oral global?" "1: muito pobre; 2: pobre; 3: razoável; 4: boa; e 5: excelente (escala de cinco pontos; "5" é o escore máximo). Esta variável foi dicotomizada em "bom" autorrelato da saúde bucal (códigos 3, 4 e 5) e "pobre" auto-relato da saúde bucal (códigos 1 e 2). Os autores definiram a DP como PS \geq 4 mm (IPC código > 3) e nível de inserção clínica (NIC) \geq

4 mm (NIC código ≥ 1). Com o objetivo de avaliar uma possível relação entre o número de sextantes afetados com DP (extensão da doença) e a autopercepção da saúde bucal, categorizaram a variável em: não há sextantes com DP; pelo menos um sextante com DP e dois ou mais sextantes com DP. Os resultados indicaram pior autopercepção em saúde bucal e esta foi significativamente alta nos indivíduos com DP.

Sanders *et al.* (2009) pesquisaram QVRSB em uma população de adultos norte-americanos comparados a uma população australiana, por meio do OHIP-14. Os autores encontraram altos escores de OHIP-14 e maior impacto na qualidade de vida nos grupos de maior perda dentária, baixa renda e sem acesso a tratamento odontológico.

Araújo *et al.* (2010) conduziram um estudo transversal com intuito de verificar o impacto da DP na qualidade de vida, por meio do OHIP-14, e em associação às variáveis gênero, idade, renda e nível de escolaridade. Os pacientes foram escolhidos aleatoriamente para tratamento periodontal. Os autores verificaram que a DP impactou a qualidade de vida dos pesquisados com média de escore de OHIP-14 de 29,75, principalmente naqueles diagnosticados com periodontite severa. A limitação funcional foi a dimensão mais afetada e o impacto na QVRSB foi significativamente associado com idade, renda e diagnóstico de DP

Bérnabe e Marcenes (2010) realizaram estudo transversal de adultos britânicos com média de idade de 41,16 anos, no qual exploraram a associação entre a DP e a qualidade de vida ajustada por fatores socioeconômicos, demográficos e condições de saúde bucal. Os participantes foram selecionados e 3817 indivíduos responderam um questionário socioeconômico e demográfico, além do OHIP-14. As condições dentárias e periodontais foram examinadas por uma equipe de 70 cirurgiões-dentistas dos centros comunitários de saúde, por meio do índice CPO-D e exame clínico periodontal. A DP foi associada a um baixo escore do OHIP-14 (5,30) e independentemente associada à baixa qualidade de vida.

Al Habashneh *et al.* (2011) investigaram o impacto DP na qualidade de vida de 400 adultos da Jordânia, com idade média de 36,7 anos, com uso do OHIP-14. O impacto foi anotado como presente se as respostas para as perguntas eram frequentemente e sempre em um ou mais itens do OHIP-14. Neste estudo as variáveis periodontais avaliadas em seis dentes foram o Índice gengival (IG) e o Índice de placa (IP), a PS e o NIC. Para verificar a possível associação entre as

variáveis periodontais e as dimensões do OHIP-14, os autores definiram a periodontite como a presença de quatro ou mais sítios com PS \geq 4 mm e NIC \geq 3 mm. A severidade da periodontite crônica foi classificada como a perda de inserção leve (1- 2 mm), moderada (3 - 4 mm) e severa (\geq 5 mm). Os autores relataram que houve uma associação estatística significativa entre a severidade da DP e os escores do OHIP-14. A média do escore total do OHIP-14 foi de 37,05 na somatória dos graus de periodontite (leve, moderado e severo). Os mesmos concluíram que o impacto na QVRSB foi maior nos indivíduos com periodontite severa, nas dimensões da “dor física” e da “incapacidade física”.

Durham *et al.* (2013) analisaram o impacto da periodontite crônica na QVRSB em 178 adultos do Reino Unido com média de idade de 47 anos, por meio do OHIP-49 e um questionário de QVRSB desenvolvido no país. Participaram do estudo 89 indivíduos com periodontite e 89 indivíduos controle (sem periodontite), pareados por idade e gênero, ambos atendidos nas clínicas odontológicas por estudantes de graduação e de pós-graduação. O critério utilizado para diagnosticar a periodontite foi a PS \leq 5 mm. Foi identificada a pior autopercepção da qualidade de vida com significativo impacto nos domínios da limitação funcional, desconforto psicológico e desvantagem social nos indivíduos com periodontite crônica quando comparados aos sem periodontite.

Brauchle *et al.* (2013) analisaram o impacto da periodontite antes e após tratamento periodontal em uma população da Alemanha. A periodontite teve impacto na QVRSB. Os escores do OHIP-14 foram associados com: gravidade da DP, sexo, idade, higiene bucal e hábitos de fumar. As maiores pontuações foram observadas nos pacientes com PS $>$ 7 mm. A média do escore total do OHIP-14 no início do tratamento periodontal foi de 14,4 e após tratamento reduziu para 5,5. A percepção sobre as mudanças físicas, sociais e psicológicas na QVRSB foram relatadas pelos pacientes após a terapia periodontal.

Simona *et al.* (2014) realizaram um estudo em 50 indivíduos com média de idade de 48,8 anos e avaliaram a influência da DP na qualidade de vida de uma população adulta de Iasi, na Romênia. Os dados foram coletados por exames clínicos utilizando os critérios da OMS e a avaliação da QVRSB pelo OHIP-14. Os exames foram feitos por um pesquisador calibrado. As variáveis periodontais avaliadas foram PS, IP e IG em seis sítios de todos os dentes, exceto os terceiros molares. Os resultados do estudo demonstraram que as dimensões do OHIP

relatadas com maior impacto foram: desconforto psicológico, limitação funcional e dor física, e os escores mais altos do OHIP-14 foram registrados naqueles indivíduos com periodontite agressiva. Os autores concluíram que a DP pode afetar a qualidade de vida, especialmente nos pacientes que sofrem de periodontite agressiva.

Marques *et al.* (2015) pesquisaram o impacto das condições de saúde bucal, socioeconômicas e de uso de substâncias psicotrópicas específicas na qualidade de vida de DQ em tratamento. Os instrumentos utilizados foram: teste para triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias – *Alcohol, Smoking and Substanc Involvement Screening Test* (ASSIST-OMS) e o *World Health Organization Quality of Life Instrument abbreviated version* (WHOQOL-BREF). Os autores encontraram uma baixa QVRSB associada ao uso de *crack*, à alta experiência de cárie e à baixa renda familiar.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. LINHA DE PESQUISA

A pesquisa está inserida na linha de pesquisa “Epidemiologia das doenças bucais”.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), com parecer n.º470.154 (ANEXO 01). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 01).

4.2. DELINEAMENTO DA PESQUISA E AMOSTRA

O desenho do estudo foi analítico transversal, censitário, constituído por 242 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, do gênero masculino, DQ do *crack*, internados no Instituto de Pesquisa e Tratamento do Alcoolismo (IPTA), município de Campo Largo, e na Associação San Julian, município de Piraquara, Estado do Paraná, no período de dezembro de 2013 à abril de 2015.

Critérios de inclusão

Foram incluídos na amostra indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, DQ do *crack*, fumantes ou não de tabaco.

Critérios de exclusão

Indivíduos edêntulos, portadores de endocardite infecciosa ou de diabetes, que realizaram tratamento periodontal nos três meses anteriores ao internamento e que não sabiam informar a quantidade e tempo de uso do *crack*.

4.3. CALIBRAÇÃO

Um professor da disciplina de Periodontia da UFPR, experiente na coleta de dados periodontais (padrão-ouro) realizou a calibração do examinador em duas etapas.

A primeira etapa consistiu de uma revisão teórica sobre o conceito e o diagnóstico da DP e suas variáveis: PS, NIC, sangramento marginal (SM), sangramento à sondagem (SS), presença/ausência de biofilme (B), presença/ausência de cálculo (C). A gengivite, a periodontite e as variáveis periodontais foram demonstradas em pacientes da disciplina de Periodontia na Clínica de Odontologia da UFPR.

Na segunda etapa o examinador foi calibrado para as variáveis PS e NIC, realizando duas avaliações em 10 pacientes em momentos distintos. O exame

periodontal foi executado pelo padrão-ouro e na sequência pelo examinador. Seis sítios (mésio-vestibular, vestibular, disto-vestibular, mésio-lingual/palatina, lingual/palatina e disto-lingual) de 10 dentes (17-16, 11, 26-27, 36-37, 31, 46-47) foram examinados. No total, 10 pacientes foram avaliados e após 10 dias reavaliados pelos mesmos examinadores para ser obtida a confiança dos dados e determinar uma concordância intra e interexaminador. Para avaliação das variáveis SS, SM, B e C, o padrão-ouro realizou o exame assistido pelo pesquisador, a fim de treiná-lo.

O Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCIC) (ARTESE *et al.*, 2012) foi realizado por sítio para a reprodutibilidade intra e interexaminador para as variáveis PS e NIC.

Os valores de CCIC de PS e NIC interexaminadores foram respectivamente: 0,957 (IC95%: 0,937-0,971) e 0,967 (IC95%: 0,951-0,978). e intraexaminador foram de 0,976 (IC95%: 0,964-0,984) para a PS, e de 0,985 (IC95%: 0,978- 0,990) para o NIC. O valor ótimo de CCIC $\geq 0,95$ para as variáveis acima, demonstrou que o examinador estava apto a realizar os exames periodontais.

4.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Todos os usuários de *crack* responderam a um questionário estruturado contendo os dados pessoais, socioeconômicos e demográficos, condição de saúde geral e bucal, informações específicas sobre a drogadição (APÊNDICE 2) e referente ao OHIP-14 (ANEXO 02).

Esse questionário continha informações relativas ao período antecedente ao internamento. Dados pessoais (nome e idade e local de nascimento), caracterização socioeconômica referente à etnia (branco, pardo, negro, indígena e amarelo); estado civil (“solteiro”, “casado/união estável”, “divorciado”, “viúvo”); o grau de escolaridade (“fundamental completo”, “primeiro grau completo”, “segundo grau completo”, “terceiro grau completo”, “fundamental incompleto”, “primeiro grau incompleto”, “segundo grau incompleto”, “terceiro grau incompleto”); atividade remunerada: (“sim”, “não”), “com quem residia” (“sozinho”, “conjugue”, “pais”, “irmãos”, “avós” e “outros”) e a renda familiar (um dois ou três salários mínimos). Posteriormente, a condição de saúde geral foi avaliada por perguntas dicotomizadas (“sim”, “não”) para doenças:

cardíacas, renais, gástricas, respiratórias, alérgicas, articulares ou reumáticas, diabéticas e que afetam a cicatrização.

Na saúde bucal foi investigado o hábito de escovar os dentes (“sim”, “não”); o “uso do fio dental” (“sim”, “não”); sensação de gosto metálico (“sim”, “não”); sensação de dentes amolecidos (“sim”, “não”). Perguntas também abrangiam a frequência de escovação diária (“número de vezes”) e última visita ao dentista (meses).

Referente ao consumo do *crack*, as perguntas abertas foram conduzidas em: tempo de uso (“em anos”) e quantidade de pedras diárias (número de pedras, considerando que uma pedra equivale a 0,25 g) (BRASIL, 2014).

Em relação ao tabaco (“cigarro de papel”), perguntas abertas foram feitas em relação à idade do início do uso (em anos), tempo de consumo (em anos) e quantidade (número de cigarros diários).

Sobre as drogas usadas em associação com *crack* (maconha, cocaína, LSD, ecstasy e óxi) as perguntas referiam-se ao uso (“sim”, “não”).

Na sequência responderam ao OHIP-14 validado para o português do Brasil (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005), aplicado na forma de entrevista pelo pesquisador, referente ao período dos últimos 12 meses.

4.5. AVALIAÇÃO PERIODONTAL

O exame periodontal foi realizado por um único pesquisador, em maca ambulatorial, sob luz artificial, usando espelho bucal nº 05, gaze e sonda periodontal milimetrada de 15 mm do tipo Carolina do Norte - Quinelato® (Schobell Industrial Ltda., Rio Claro, SP, Brasil) em seis sítios específicos de todos os dentes presentes na boca, com exceção dos terceiros molares. O diagnóstico da periodontite foi realizado quando havia presença de pelo menos um sítio com PS \geq 4 mm e NIC \geq 4mm (AAP, 2000).

Os parâmetros clínicos avaliados seguem descritos abaixo.

Profundidade de sondagem (PS)

É definida como a distância da margem gengival até o ponto em que a extremidade de uma sonda periodontal inserida na bolsa encontra resistência (LINDHE *et al.*, 2008). Foi medida em seis sítios por dente: méso-vestibular, vestibular, disto-vestibular, méso-lingual/palatina, lingual/palatina e disto-lingual/palatina. Após a sondagem, para análise dos dados foi utilizado o maior valor por dente.

Os valores obtidos da PS nos dentes avaliados foram categorizados em: ≤ 3 mm; $4 \text{ mm} \leq \text{PS} \leq 6 \text{ mm}$; $\geq 7 \text{ mm}$.

Nível de inserção clínica (NIC)

É a distância da junção cimento-esmalte até a posição em que a ponta da sonda encontra resistência (LINDHE *et al.*, 2008). Foi medida em seis sítios por dente: méso-vestibular, vestibular, disto-vestibular, méso-lingual/palatina, lingual/palatina e disto-lingual/palatina. Para a análise dos dados foi utilizado o maior valor obtido por dente.

Os valores obtidos do NIC nos dentes avaliados foram categorizados em: ≤ 3 mm; $4 \text{ mm} \leq \text{NIC} \leq 6 \text{ mm}$; $\geq 7 \text{ mm}$ (MORRISON *et al.*, 1980).

Sangramento à Sondagem (SS)

Presença ou ausência de sangramento, decorrido um tempo de 30 segundos depois de mensurada a profundidade de sondagem por dente.

Sangramento Marginal (SM)

Presença ou ausência de sangramento na gengiva marginal a partir do momento em que a sonda percorre o sulco gengival por dente.

Cálculo (C) e Biofilme (B)

Foram avaliados ao exame visual pela presença ou ausência de biofilme/cálculo na superfície dentária em pelo menos cinco dentes.

4.6. PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO OHIP-14

Para avaliação das propriedades psicométricas, validade e confiabilidade do OHIP-14 re-testes foram realizados em 25 DQ no intervalo de 15 dias. Para análise da validação do OHIP-14 foram estimados coeficientes de correlação de Spearman e para avaliação da consistência interna do questionário foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach (ANEXO 3).

4.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados dos questionários foram digitados no Microsoft Excel 2010 e analisados com o programa computacional STATA v.13.1.

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis: sociodemográficas; condição de saúde bucal e periodontal e comportamentais do *crack* e outras drogas. Dessa forma, foram construídas tabelas de distribuição de frequência absoluta e relativa ou da média e do desvio padrão destas variáveis.

Para análise da estatística inferencial foram agrupados em: idade em anos dicotomizada pela mediana (≤ 34 ; > 34 anos), etnia (branco; não brancos), estado civil (solteiro; casado/união estável), atividade remunerada (sim; não), escolaridade em anos de estudo (< 8 anos e ≥ 8 anos), renda familiar mensal em salários-mínimos (< 2 ; ≥ 2 e não relatada), “com quem residia” (“sozinho” ou com “cônjuge/outros”) e a frequência de escovação dentária (“ < 3 vezes ao dia” e “ ≥ 3 vezes” ao dia); o “uso do fio dental” (“sim”, “não”); sensação de gosto metálico (“sim”, “não”); sensação de dentes amolecidos (“sim”, “não”), última visita ao dentista (em meses), número de internações na vida (em vezes), pelo menos uma detenção policial na vida (“sim”, “não”), pelo menos um ano sem usar drogas (“sim”, “não”), tempo de uso do *crack* (em anos), quantidade diária de pedras, idade de início de uso tabaco, tempo de consumo de tabaco (em anos), quantidade diária de consumo

(número de cigarros), uso de LSD (“sim”, “não”), uso de cocaína (“sim”, “não”), uso de *ecstasy* (“sim”, “não”) uso de óxi (“sim”, “não”).

O impacto sobre a qualidade de vida foi avaliado pelo OHIP-14. Para tanto, os valores foram calculados pela soma de todos os escores fornecidos pelos respondentes, com variação de 0 a 56 pontos.

Para cada item (pergunta) do domínio, o impacto foi definido como ausência de impacto nas respostas 0, 1 ou 2 (nunca, raramente ou às vezes) e presença de impacto nas respostas 3 ou 4 (quase sempre ou sempre (SLADE *et al.*, 1996; SLADE *et al.*, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2009; GABARDO *et al.*, 2013).

Para cada domínio, o impacto foi definido como ausência de impacto quando não havia impacto nos dois itens que compõem o domínio, e presença de impacto quando havia impacto em pelo menos um dos dois itens que compõem o domínio.

Para o OHIP-14 geral, o impacto foi definido como ausência de impacto quando não havia impacto em todos os 14 itens, e presença de impacto quando havia impacto em pelo menos um dos 14 itens.

Para análise de associação, os escores do OHIP-14 foram dicotomizados em ausência de impacto (apenas respostas “nunca”, “raramente” e “às vezes”) e presença de impacto (pelo menos uma resposta “quase sempre” ou “sempre”).

Para avaliar a associação entre cada uma das variáveis demográficas, de saúde bucal, da condição periodontal e comportamentais da drogadição com o resultado do impacto avaliado pelo OHIP-14, foram ajustados modelos de Regressão de Poisson univariado. Variáveis que apresentaram valores de $p < 0,20$ na análise univariada foram incluídas no modelo de Poisson multivariado. Em todos os modelos ajustados foi considerada a estimativa de variância robusta.

5. RESULTADOS

Dos 250 DQ do *crack* que participaram do estudo, oito foram perdidos por terem dados incompletos sobre o uso do crack, com permanência final de 242. Os brancos (60,3%) e solteiros (74,8%) predominaram, com média de idade de 33,9 anos (dp=9,3), sendo a mínima 18 e a máxima 61 anos e de baixa escolaridade (69,9%).

Os dados socioeconômicos e demográficos são exibidos na tabela 1.

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA PARA AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS EM DEPENDENTES QUÍMICOS DO CRACK, CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL (N=242).

Variáveis	N (%)
Idade (em anos)	
≤34	127 (52,5)
>34	115 (47,5)
Etnia	
Branco	146 (60,3)
Não brancos	96 (39,7)
Estado civil	
Solteiro	181 (74,8)
Casado/união estável	61 (33,1)
Atividade remunerada	
Sim	139 (57,4)
Não	103 (42,6)
Escolaridade (em anos de estudo)	
< 8	162 (69,9%)
≥ 8	80 (33,1%)
Renda familiar mensal (em salários-mínimos)	
< 2	90 (37,2)
≥ 2	130 (53,8)
Não relatada	22 (9,0)

FONTE: a autora (2015).

Valor de referência do salário mínimo do Brasil no ano de 2014 (em Reais): R\$ 724,00.

Em relação à saúde sistêmica dos DQ as doenças mais relatadas e seus percentuais foram: 18 (7,4%) cardíacas (hipertensão arterial), 14 (5,8%) respiratórias (sinusite e rinite alérgica) e 17 (7,0%) gástricas (gastrite e úlcera gástrica). As doenças renais, alérgicas e aquelas relacionadas à cicatrização foram relatadas em baixas porcentagens e por isso não foram mencionadas.

Em relação à condição de saúde bucal observa-se a frequência de distribuição das variáveis analisadas na tabela 2.

TABELA 2. FREQUÊNCIA DE DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM DEPENDENTES QUÍMICOS DO *CRACK*, CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL (N=242).

Variáveis	N (%)
Frequência da escovação	
< 3 vezes/dia	88 (36,4)
≥3 vezes/dia	154 (63,6)
Uso do fio dental	
Sim	51 (21,1)
Não	191 (78,9)
Sensação de gosto metálico na boca	
Sim	64 (26,4)
Não	178 (73,6)
Sensação de dentes amolecidos	
Sim	77 (31,8)
Não	165 (68,2)
Última visita ao dentista	
≤ 8 meses	52 (21,5)
8 a 24 meses	65 (26,9)
≥ 25 meses	90 (37,1)
Não recordavam	35 (14,5)

FONTE: a autora (2015).

Os dados obtidos na anamnese referentes ao padrão de consumo: tempo de uso e quantidade do *crack* e do tabaco estão descritos na tabela 3, onde também são apresentados dados referentes às outras drogas associadas.

A maioria dos DQ avaliados já havia sido detido pela polícia pelo menos uma vez na vida (70,2%), sendo que 46,5% declararam ter ficado pelo menos um ano sem uso do *crack*, e a média do número de internações durante a vida foi de 3,6 vezes.

TABELA 3. CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS DA DROGADIÇÃO EM DEPENDENTES QUÍMICOS DO CRACK, CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL (N=242).

Variáveis	Média (dp) ou N (%)
Quantidade de internações (em vezes)	3,6 (4,0)
Quantidade de crack consumida (em pedras/dia)	19,6 (22,1)
≤ 6	61 (25,2%)
> 6	181 (74,8%)
Tempo de uso do crack (em anos)	11,1 (7,3)
≤ 10	130 (53,7%)
> 10	113 (46,3%)
Uso de Tabaco	224 (92,6%)
Idade de início do uso de tabaco	12 (5,10)
Tempo de uso do tabaco (anos)	18 (9,4)
Quantidade de cigarros/dia	19,5 (11,7)
Principais drogas usadas em associação ao crack	
Cocaína	158 (65 %)
Óxi	33 (13,6%)
Maconha	150 (61,7%)
LSD	36 (14,8%)
Ectasy	30 (12,3%)

FONTE: a autora (2015).

A média e o desvio padrão (dp) das variáveis periodontais NIC e PS e a frequência do SS, SM, C e B, a presença periodontite e a média do número dentes perdidos estão descritos na tabela 4.

TABELA 4. CONDIÇÃO PERIODONTAL DOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO CRACK, CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242).

Variáveis periodontais	Média (dp) ou N (%)
PS	2,9 (0,9)
NIC	3,0 (1,1)
SS	220 (90,9%)
SM	233 (96,3%)
Biofilme	235 (96,7%)
Cálculo dentário	235 (96,7%)
Dentes perdidos	6,1 (6)
Periodontite	49 (20,3%)

FONTE: a autora (2015).

dp: desvio padrão, PS: profundidade de sondagem, NIC: nível de inserção clínica, SS: sangramento à sondagem, SM: sangramento marginal.

A frequência da distribuição do NIC nos dentes diagnosticados com periodontite está descrita na tabela abaixo. Na sequência a tabela 6 exhibe a distribuição da PS e do NIC em milímetros que indicam a severidade da perda de inserção clínica

TABELA 5. DISTRIBUIÇÃO DO NÍVEL DE INSERÇÃO CLÍNICA DOS DENTES AVALIADOS COM PERIODONTITE NOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO CRACK, CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N= 242)

DENTES COM PERIODONTITE	NIC ≤ 3 mm N (%)	NIC ≥ 4 e ≤ 6 mm N (%)	NIC ≥ 7 mm N (%)
5499	4239 (77,0)	1137 (20,6)	123 (2,2)

FONTE: a autora (2015)
NIC: Nível de Inserção Clínica.

TABELA 6. DISTRIBUIÇÃO DA PROFUNDIDADE DE SONDAGEM E NÍVEL DE INSERÇÃO CLÍNICA (POR INDIVÍDUO) NOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO CRACK, CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N= 242).

Medidas	PS N (%)	NIC N (%)
≤ 3 mm	193 (79,8)	185 (76,4)
$\geq 4 < 6$ mm	49 (20,2)	53 (21,9)
≥ 7 mm	0 (0)	4 (1,7)

FONTE: a autora (2015)
(PS): Profundidade de Sondagem, (NIC): Nível de Inserção Clínica.

A tabela 7 exhibe a prevalência do impacto na QVRSB em cada domínio do OHIP-14 e escores do OHIP-14. O domínio desconforto psicológico aparece com maior impacto (71,0%) entre as respostas, seguido da incapacidade psicológica com 61,6% (TABELA 7).

As estimativas do coeficiente Alfa de Cronbach indicaram alta consistência interna do instrumento (Cronbach alfa =0,865 para os domínios e 0,884 para os itens do OHIP-14).

TABELA 7. PREVALÊNCIA DO IMPACTO NA QVRSB E ESCORES DO OHIP-14 EM DEPENDENTES QUÍMICOS DO CRACK, CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242).

Domínios do OHIP-14	N	Média (dp)	Mediana (mín.-máx.)	Frequência de impacto N (%)
Limitação funcional	242	2,5 (2,4)	2 (0 - 8)	79 (32,6)
Dor física	242	4,0 (2,5)	4 (0 - 8)	122 (50,4)
Desconforto psicológico	242	5,0 (2,6)	6 (0 - 8)	172 (71,1)
Incapacidade física	242	3,1 (2,8)	3 (0 - 8)	99 (40,9)
Incapacidade psicológica	242	3,9(2,5)	4 (0 - 8)	149 (61,6)
Incapacidade social	242	2,4 (2,7)	2 (0 - 8)	76 (31,4)
Desvantagem social	242	3,0 (2,7)	3 (0 - 8)	109 (45,0)
OHIP total	242	24 (13,5)	22 (0 - 56)	211 (87,2)

FONTE: a autora (2015)

QVRSB: qualidade de vida relacionada à saúde bucal, dp: desvio padrão.

A tabela 8 demonstra a frequência de impacto relatada em cada item do OHIP-14. Considerando como referência o período de 12 meses, a frequência de pelo menos um domínio com impacto relatado na QVRSB foi de 87,2% e o valor médio e o dp do OHIP-14 foi de $24 \pm 13,5$, com valores mínimos e máximos de 0 e 56 (TABELA 8).

Os itens do OHIP-14 que tiveram maior prevalência de relato de impacto na QVRSB foram: “ficar preocupado por causa de problemas em sua boca ou dentes” (OHIP-5) e “sentir-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes” (OHIP-10) (TABELA 8).

TABELA 8. FREQUÊNCIA DE IMPACTO RELATADA EM CADA ITEM DOS DOMÍNIOS DO OHIP-14 NOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO *CRACK*, CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242).

Domínios do OHIP-14	Itens	Ausência de impacto		Presença de impacto	
		N	%	N	%
Limitação funcional	Item 1	202	83,5	40	16,5
	Item 2	179	74,0	63	26,0
Dor física	Item 1	156	64,5	86	35,5
	Item 2	151	62,4	91	37,6
Desconforto psicológico	Item 1	86	35,5	156	64,5
	Item 2	130	53,7	112	46,3
Incapacidade física	Item 1	150	62,0	92	38,0
	Item 2	195	80,6	47	19,4
Incapacidade psicológica	Item 1	189	78,1	53	21,9
	Item 2	101	41,7	141	58,3
Incapacidade social	Item 1	177	73,1	65	26,9
	Item 2	199	82,2	43	17,8
Desvantagem social	Item 1	142	58,7	100	41,3
	Item 2	197	81,4	45	18,6

FONTE: a autora (2015).

Ausência de impacto: respostas nunca, raramente e às vezes; presença de impacto: respostas quase sempre e sempre.

A tabela 9 mostra as frequências e percentuais da presença de impacto para cada uma das variáveis socioeconômicas e demográficas avaliadas através da regressão de Poisson univariada. Houve significância estatística ($p < 0,05$) na variável “reside sozinho” com $p = 0,037$; (RP=1,16; IC 95%=1,01 - 1,33).

TABELA 9. DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA PARA AS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS E IMPACTO DA QVRSB EM DEPENDENTES QUÍMICOS DO CRACK, CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242).

Variáveis		Ausência de impacto N (%)	Presença de impacto N (%)	Total N (%)	p*	RP (IC95%)
Idade (anos)	< 34	19 (15,0)	108 (85,0)	127 (52,5)		1
	≥ 34	12 (10,4)	103 (89,6)	115 (47,5)	0,291	1,05 (0,96 - 1,16)
Etnia	Branco	20 (13,7)	126 (86,3)	146 (60,3)		1
	Não branco	11 (11,5)	85 (88,5)	96 (39,7)	0,604	1,02 (0,93–1,13)
Estado civil	Casado	8 (13,1)	53 (86,9)	61 (25,2)		1
	Outros	23 (12,7)	158 (87,3)	181 (74,8)	0,935	1,00 (0,90–1,12)
Anos de estudo	≥ 8 anos	12 (15,0)	68 (85,0)	80 (33,1)		1
	< 8 anos	19 (11,7)	143 (88,3)	162 (66,9)	0,493	1,03 (0,93–1,16)
Atividade profissional	Não	14 (13,6)	89 (86,4)	103 (42,6)		1
	Sim	17 (12,2)	122 (87,8)	139 (57,4)	0,756	1,02 (0,92–1,12)
Reside com	Cônjuge	12 (18,8)	52 (81,3)	64 (26,4)		1
	Outros	16 (12,5)	112 (87,5)	128 (52,9)	0,282	1,08 (0,94–1,23)
	Sozinho	3 (6,0)	47 (94,0)	50 (20,7)	0,037	1,16 (1,01–1,33)
Renda familiar (SM)	< 2	11 (12,2)	79 (87,8)	90 (40,9)		1
	≥ 2	15 (11,5)	115 (88,5)	130 (59,1)	0,878	1,01 (0,91–1,11)

FONTE: a autora (2015).

*Modelo de Regressão de Poisson univariado.

QVRSB: qualidade de vida relacionada à saúde bucal; RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança.

Destacados em negrito: significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

A tabela 10 mostra as frequências e os percentuais da presença de impacto para cada uma das variáveis de condição de saúde bucal avaliadas. Houve significância estatística ($p < 0,05$) na variável “sensação de gosto metálico” com $p < 0,001$ (RP=1,16; IC 95%=1,07-1,25) e na “sensação de dentes amolecidos” com $p = 0,021$ (RP=1,11; IC 95%=1,02-1,21).

TABELA 10. DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA PARA AS VARIÁVEIS DE CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E IMPACTO DA QVRSB ENTRE DEPENDENTES QUÍMICOS DO *CRACK*, CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242)

Variáveis		Ausência de impacto N (%)	Presença de impacto N (%)	Total N (%)	p	RP (IC95%)
Fio dental	Não	25 (13,1)	166 (86,9)	191 (78,9)		1
	Sim	6 (11,8)	45 (88,2)	51 (21,1)	0,796	1,02 (0,91–1,14)
Sensação de gosto metálico	Não	29 (16,3)	149 (83,7)	178 (73,6)		1
	Sim	2 (3,1)	62 (96,9)	64 (26,4)	<0,001**	1,16 (1,07–1,25)
Sensação de dentes amolecidos	Não	26 (15,8)	139 (84,2)	165 (68,2)		1
	Sim	5 (6,5)	72 (93,5)	77 (31,8)	0,021**	1,10 (1,02–1,21)
Frequência de escovação (vezes/dia)	< 3	13 (14,8)	75 (85,2)	88 (36,4)		1
	≥ 3	18 (11,7)	136 (88,3)	154 (63,6)	0,505	1,04 (0,93–1,15)
Última visita ao dentista (meses)	≤ 8	6 (11,5)	46 (88,5)	52 (25,1)		1
	8 a 24	9 (13,9)	56 (86,2)	65 (31,4)	0,709	0,97 (0,85–1,19)
	≥ 25	10 (11,1)	80 (88,9)	90 (43,5)	0,939	1,00 (0,89–1,14)

FONTE: a autora (2015).

*Modelo de Regressão de Poisson univariado

QVRSB: qualidade de vida relacionada à saúde bucal; RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança.

Destacados em negrito: significância estatística de 5% ($p < 0,05$)

A tabela 11 exibe a distribuição de frequência para as variáveis comportamentais de drogadição e impacto na QVRSB. Houve alta prevalência de impacto em DQ do *crack* que faziam uso tanto de mais de seis pedras por dia quanto de menos seis pedras por dia. No entanto não houve significância estatística na prevalência de impacto na QVRSB em função das variáveis comportamentais da drogadição (TABELA 11).

Em relação aos dados referentes ao consumo do tabaco (início do uso, tempo de uso e quantidade de cigarros) observamos que nem todos os dependentes químicos souberam informar.

TABELA 11. DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA PARA AS VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS DE DROGADIÇÃO E IMPACTO NA QVRSB ENTRE DEPENDENTES QUÍMICOS DO CRACK, CAMPO LARGO E PIRAQUARA, BRASIL, 2015 (N=242)

Variáveis		Ausência de impacto N (%)	Presença de impacto N (%)	Total N (%)	p	RP (IC95%)
Quantidade de Internações	> 2	10 (14,5)	59 (85,5)	69 (35,2)		1
	≤ 2	15 (11,8)	112 (88,2)	127 (64,8)	0,603	1,03 (0,92–1,16)
Tempo de uso do crack (anos)	≤ 10	20 (15,4)	110 (84,6)	130 (53,7)		1
	> 10	11 (9,8)	101 (90,2)	112 (46,3)	0,192	1,07 (0,97–1,17)
Quantidade de pedras/dia	≤ 6	7 (11,5)	54 (88,5)	61 (25,2)		1
	>6	24 (13,4)	157 (86,7)	181 (74,8)	0,718	0,98 (0,88 - 1,10)
Tabaco	Não	4 (22,2)	14 (77,8)	18 (7,4)		1
	Sim	27 (12,1)	197 (88,0)	224 (92,6)	0,340	1,13 (0,88–1,46)
Início do tabaco (anos)	≥ 12	19 (17,0)	93 (83,0)	112 (57,7)		1
	< 12	9 (11,0)	73 (89)	82 (42,3)	0,229	1,07 (0,96–1,20)
Tempo de uso de tabaco (anos)	≤ 18	15 (13,5)	96 (86,5)	111 (50,5)		1
	> 18	12 (11,0)	97 (89,0)	109 (49,5)	0,682	1,03 (0,93–1,14)
Quantidade de tabaco (cigarros/dia)	< 20	11 (15,3)	61 (84,7)	72 (33,2)		1
	≥ 20	16 (11,0)	129 (89,0)	145 (66,8)	0,400	1,05 (0,94–1,18)
Maconha	Não	13 (14,1)	79 (85,9)	92 (38,0)		1
	Sim	18 (12,0)	132 (88,0)	150 (62,0)	0,638	1,02 (0,93–1,13)
Cocaína	Não	13 (15,5)	71 (84,5)	84 (34,7)		1
	Sim	18 (11,4)	140 (88,6)	158 (65,3)	0,389	1,05 (0,94–1,17)
LSD	Não	28 (13,6)	178 (86,4)	206 (85,1)		1
	Sim	3 (8,3)	33 (91,7)	36 (14,9)	0,304	1,06 (0,95–1,19)
Ectasy	Não	28 (13,2)	184 (86,8)	212 (87,6)		1
	Sim	3 (10,0)	27 (90,0)	30 (12,4)	0,586	1,04 (0,91–1,18)
Óxi	Não	28 (13,4)	181 (86,6)	209 (86,4)		1
	Sim	3 (9,1)	30 (90,9)	33 (13,6)	0,430	1,05 (0,93–1,18)

FONTE: a autora (2015).

*Modelo de Regressão de Poisson univariado

QVRSB: qualidade de vida relacionada à saúde bucal, RP: razão de prevalência.

A tabela 12 demonstra a prevalência de impacto na QVRSB para as variáveis da condição periodontal. Houve significância estatística ($p < 0,05$) nas variáveis “NIC ≥ 4 mm” com $p < 0,001$ (RP=1,20; IC 95%=1,13 - 1,28) “PS ≥ 4 mm” com $p < 0,001$

(RP=1,19; IC 95%=1,12 - 1,27) e na variável “ter periodontite” com $p<0,001$ (RP=1,19; IC95%=1,12 - 1,27).

TABELA 12. DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA PARA AS VARIÁVEIS DA CONDIÇÃO PERIODONTAL E IMPACTO NA QVRSB NOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO CRACK, PIRAQUARA E CAMPO LARGO, BRASIL, 2015 (N=242).

Variáveis		Ausência de impacto n (%)	Presença de impacto n (%)	Total n (%)	p	RP (IC95%)
Biofilme	Não	1 (14,3)	6 (85,7)	7 (2,9)		1
	Sim	30 (12,8)	205 (87,2)	235 (97,1)	0,911	1,02 (0,75–1,38)
Cálculo	Não	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (2,9)		1
	Sim	29 (12,3)	206 (87,7)	235 (97,1)	0,395	1,23 (0,77–1,97)
NIC	< 4	31 (16,8)	154 (83,2)	185 (76,4)		1
	≥ 4	0 (0)	57 (100)	57 (23,6)	<0,001	1,20 (1,13 – 1,28)
PS	< 4	31 (16,1)	162 (83,9)	193 (79,8)		1
	≥ 4	0 (0)	49 (100)	49 (20,2)	<0,001	1,19 (1,12 – 1,27)
SS	Não	6 (27,3)	16 (72,7)	22 (9,1)		1
	Sim	25 (11,4)	195 (88,6)	220 (90,9)	0,137	1,22 (0,94–1,58)
SM	Não	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (3,7)		1
	Sim	29 (12,5)	204 (87,6)	233 (96,3)	0,511	1,13 (0,79–1,60)
Periodontite	Não	31 (16,1)	162 (83,9)	193 (79,7)		1
	Sim	0 (0)	49 (100)	49 (20,3)	<0,001	1,19 (1,12–1,27)

FONTE: a autora (2015).

*Modelo de Regressão de Poisson univariado,

Destacados em negrito: significância estatística de 5% ($p<0,05$).

QVRSB: qualidade de vida relacionada à saúde bucal; PS: profundidade de sondagem, NIC: nível de inserção clínica, SS: sangramento à sondagem,

SM: sangramento marginal, RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança.

A tabela 13 mostra o modelo de regressão múltipla de Poisson. Os resultados do ajuste deste modelo indicaram que as variáveis ter “gosto metálico” ou “dente amolecido” e ter “periodontite” foram independentemente associadas à presença de impacto na QVRSB avaliado pelo OHIP-14.

Observou-se que os que relataram “sensação de gosto metálico” têm 1,11 vezes maior prevalência de impacto na QVRSB do que aqueles que não tem sensação de gosto metálico (IC 95%= 1,03-1,20).

Os que possuíam “sensação de dentes amolecidos” apresentaram 1,09 vezes maior prevalência de impacto na QVRSB que aqueles que não relataram tal sensação (IC 95%= 1,00-1,19).

Indivíduos que apresentaram “periodontite” têm prevalência maior de 1,15 vezes de ter um pior impacto na QVRSB que aqueles que não apresentam periodontite (IC 95%=1,09-1,22).

TABELA 13. FATORES ASSOCIADOS COM O IMPACTO DA QVRSB NOS DEPENDENTES QUÍMICOS DO *CRACK* PELO MODELO DE REGRESSÃO MÚLTIPLA DE POISSON, PIRAQUARA E CAMPO LARGO, BRASIL, 2015 (N=242).

Variável	Classificação	p*	RP (IC95%)
Reside com	Cônjuge		1
	Outros	0,261	1,08 (0,95 – 1,23)
	Sozinho	0,099	1,12 (0,98 – 1,28)
Sensação de gosto metálico	Não		1
	Sim	0,007	1,11 (1,03 – 1,20)
Sensação de dentes amolecidos	Não		1
	Sim	0,045	1,09 (1,00 – 1,19)
Periodontite	Não		1
	Sim	<0,001	1,15 (1,09 – 1,22)

FONTE: a autora (2015)

*Modelo de Regressão de Poisson multivariado.

QVRSB: qualidade de vida relacionada à saúde bucal; RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança.

Destacados em negrito: significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

6. DISCUSSÃO

A dependência de drogas é um problema de destaque social, com implicações sociais e orgânicas. É considerada um distúrbio, e por isso deve receber um enfoque mais amplo, envolvendo cuidados especiais no tratamento médico-odontológico (RIBEIRO et al., 2002)

Uma lacuna existente no conhecimento científico inclui estabelecer o impacto que as doenças bucais exercem no cotidiano dos dependentes químicos com implicações diretas na qualidade de suas vidas. A QVRSB é um importante indicador que mensura a autopercepção do indivíduo em relação à sua saúde bucal.

O presente estudo utilizou o OHIP-14 e verificou que os DQ do *crack* tiveram impacto na QVRSB relacionado com a presença de periodontite, sensação de gosto metálico na boca, sensação de dentes amolecidos e a morar sozinho.

Marques et al. (2015) avaliaram a QVRSB de usuários de substâncias psicoativas em tratamento utilizando os instrumentos WHOQOL-Bref e o ASSIST e constataram baixos valores relacionados à alta experiência de cárie, à baixa renda e ao uso de cocaína/crack.

O OHIP-14 foi o instrumento escolhido por ser confiável e por ter sido amplamente empregado em diferentes grupos populacionais para avaliar a autopercepção em saúde bucal relacionada à qualidade de vida, tanto em pesquisas nacionais e internacionais (ARAÚJO et al., 2009; BÉRNABE & MARCENES 2010; AL HABASHNEH et al. 2011; GABARDO et al., 2013). Apresenta como principal vantagem a fácil e rápida aplicação (SLADE, 1997) por se tratar da forma abreviada, com 14 questões, porém mantém os mesmos objetivos da versão original que contém 49 questões. Neste estudo optou-se pela dicotomização do OHIP-14 para determinar a prevalência dos impactos negativos, ou seja, a porcentagem de indivíduos com respostas “quase sempre” e “sempre” (SLADE et al., 1996; SLADE et al., 2005).

A periodontite, neste estudo, foi independentemente associada ao impacto na qualidade de vida dos pesquisados. Esses resultados estão em concordância com os de Bérnabe & Marcenes (2010) que demonstraram que os adultos acometidos pelas periodontopatias apresentaram os piores escores de OHIP. A periodontite foi encontrada em 20,3% dos 242 avaliados. A presença de impacto na QVRSB foi observada naqueles diagnosticados com a periodontite. Sendo assim, estes

apresentam mais chances de ter maior prevalência de impacto na QVRSB que aqueles que não foram diagnosticados com a doença.

Na população, de modo geral, a periodontite tem impacto na qualidade de vida, afetando a capacidade de comer, falar e socializar e também nas relações interpessoais e nas atividades diárias (CUNHA-CRUZ, 2007; CASCAES *et al.*, 2009). Alguns estudos avaliaram o impacto DP na QVRSB em populações adultas, com conclusões indicativas de que a periodontite afeta a qualidade de vida, o que corrobora os resultados do presente estudo (CUNHA-CRUZ, 2007; CASCAES *et al.*, 2009, ARAÚJO *et al.*, 2010; BÉRNABE & MARCENES *et al.*, 2010; AL HABASHNEH *et al.*, 2011, BRAUCHLE, *et al.* 2013; SIMONA *et al.*, 2014).

Nesta pesquisa a autopercepção da saúde bucal, avaliada por meio do OHIP-14, demonstrou um impacto considerado alto, o qual também foi evidenciado em outros estudos (ARAÚJO *et al.*, 2010; AL HABASHNEH *et al.*, 2011). Entretanto, a população avaliada era de pacientes periodontais de clínicas universitárias. A amostra aqui apresentada foi composta por usuários de *crack* e não possuía o diagnóstico prévio de periodontite. Em contrapartida, um baixo escore do OHIP-14 foi encontrado numa pesquisa nacional de saúde bucal em britânicos com amostra representativa (BÉRNABE; MARCENES, 2010).

Há uma escassez de conhecimento sobre o impacto da periodontite na qualidade de vida em DQ do *crack*. Os principais fatores que foram encontrados em outros estudos realizados com usuários de drogas foram a higiene bucal deficiente, a baixa procura ao atendimento odontológico, o consumo elevado de tabaco, o desconforto e a dor (PARRY *et al.*, 1996; SAYAGO, 2011; MARQUES *et al.*, 2015), além do estilo de vida (OLIVEIRA & NAPPO, 2008).

Apesar do relato de frequência de escovação de três ou mais vezes ao dia, a condição de higiene bucal foi considerada insatisfatória. A presença de sangramento gengival, de biofilme e de cálculo foi identificada e prevalente na maior parte dos sujeitos. Isto demonstra desconhecimento de técnicas de higiene bucal, possivelmente em virtude da própria dependência, corroborando os achados de estudos anteriores (COSTA *et al.*, 2011; MORENO, 2013).

O gosto metálico é relacionado à presença de problemas bucais concomitantes, como a cárie dentária, a periodontite e os efeitos colaterais de alguns fármacos que alteram o paladar (disgeusia) (ABDOLLAHI; RADFAR *et al.*, 2003). Neste estudo uma pior autopercepção da QVRSB foi demonstrada naqueles

indivíduos que relataram a sensação de gosto metálico. Um dos motivos que contribuem para este desfecho é que o gosto metálico, resultante do sangramento da bolsa periodontal, ocorre devido à liberação de hemossiderina (pigmento férrico) das hemácias, alterando o paladar.

É bem estabelecido na literatura que a perda dos tecidos periodontais de suporte causam a longo prazo mobilidade dentária, isso pode ocorrer em decorrência da progressão da periodontite (LINDHE, *et al.*, 2005; DI BENEDETTO *et al.*, 2013). Neste estudo os DQ do crack que relataram a sensação de dentes amolecidos têm mais chances de ter impacto na QVRSB do que aqueles que não apresentaram tais sensações. Esse relato pode ser indicativo de periodontite. Cunha - Cruz *et al.* (2005) relataram que os piores desfechos na QVRSB foram encontrados em indivíduos com periodontite crônica generalizada que eram mais propensos a ter sinais e sintomas perceptíveis como a mobilidade dentária e a perda das papilas interdentais dos dentes anteriores.

Oliveira e Nappo (2008) ao traçarem um perfil sociodemográfico dos usuários de crack no Brasil relataram que a família protege o usuário da marginalização. A família atua como importante aliado no processo de recuperação, e na melhoria das condições de qualidade de vida do dependente químico (MARCON *et al.*, 2012). Estes achados reafirmam os resultados encontrados neste estudo, pois os DQ do crack que moram acompanhados relataram menor impacto na QVRSB quando comparados aos que moram sozinhos. Contudo, mais estudos são necessários para esclarecer essa relação.

As dimensões do OHIP-14 que mais afetaram as atividades diárias no presente estudo foram o “desconforto psicológico” e a “incapacidade psicológica”. Estes achados estão parcialmente em concordância com outros estudos que avaliaram o impacto da DP na qualidade de vida de populações adultas, não usuárias de drogas. Os domínios mais relatados em tais estudos foram a limitação funcional, o desconforto psicológico e a desvantagem social (DURHAM *et al.*, 2013), o desconforto psicológico, a limitação funcional e a dor física (SIMONA *et al.*, 2014), e a limitação funcional (ARAÚJO *et al.*, 2010).

O "desconforto psicológico" e a "incapacidade psicológica" são domínios do OHIP-14 que sugerem, neste estudo, que a condição de saúde bucal influencia psicologicamente os sujeitos. Estes resultados mostram que apesar dos DQ não terem conhecimento sobre quais doenças bucais o uso de drogas pode predispor,

há um entendimento de que o comportamento individual por si só pode ser um fator de risco para a saúde bucal. O vício do crack é tão devastador que o usuário se desconecta das reais necessidades humanas básicas, como se alimentar corretamente, ter hábitos de higiene pessoal e bucal, e busca somente manter seu vício. Além disso, a baixa autoestima e o descaso com a aparência pessoal é característico dessa população (SHEKARCHIZADEH *et al.*, 2012), o que também pode justificar o maior impacto nesses domínios.

Os resultados aqui devem ser encarados com algumas limitações por se tratar de um estudo transversal, pela particularidade da amostra, por sido realizado com questionário estruturado e pela não avaliação da mobilidade dentária. O consumo concomitante de tabaco e crack torna difícil estabelecer uma associação direta do crack com a severidade da periodontite. Albini *et al.* (2015) também relatam dificuldade semelhante em seu estudo realizado em amostra similar e com alto número de fumantes.

Apesar das limitações, características importantes na condução do estudo foram realizadas criteriosamente. A avaliação periodontal foi feita em todos os pacientes internados para tratamento da dependência do *crack*, nos dois locais, num período de 16 meses, por um único avaliador calibrado. Todos os sítios de todos os dentes presentes na boca (exceto os terceiros molares) foram avaliados com critérios fundamentados contidos na literatura (AAP, 2000). Ainda, a estabilidade do OHIP-14 foi testada demonstrando a alta consistência interna do instrumento.

Outros estudos com a mesma população deverão ser desenvolvidos a fim de ser melhor estabelecido o impacto da periodontite na QVRSB.

Estratégias de promoção e prevenção de saúde bucal devem ser planejadas e integradas aos locais especializados em tratamento da dependência química, com o intuito de facilitar o acesso desta população a medidas de educação em saúde bucal, com vistas à melhoria efetiva da qualidade de vida.

7. CONCLUSÃO

Conclui-se que nos dependentes químicos do *crack* a periodontite foi associada à baixa qualidade de vida, independente de outras variáveis analisadas, como características socioeconômicas e demográficas, comportamentais da drogadição e outras condições presentes na cavidade bucal.

REFERÊNCIAS

- ABDOLLAHI, M.; RADFAR, M. **A review of drug-induced oral reactions.** J Contemp Dent Pract, v. 4, n. 1, p. 10-31, 2003.
- ALBINI, M.B. COUTO, A.C. F; INVERNICI, M.M.; MARTINS, M.C.; LIMA, A.A.S.; GABARDO, M.C.L.; MACHADO, M.A.M. **Perfil sociodemográfico e condição bucal de usuários de drogas em dois municípios do Estado do Paraná, Brasil.** Revista de Odontologia da UNESP (aceito para publicação julho/agosto, 2015).
- AL HABASHNEH, R.; KHADER, Y.S.; SALAMEH, S. **Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults.** J Oral Sci, 54(1): 113-20, 2012.
- ALLEYNE, G.A.O. **Health and the quality of life.** Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health, 9(1): 1-6. 2001.
- ALIANE, P.P.; LÉLIO, M.L.;RONZANI, T.M. **Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool.** Psicol Estud 11 (1): 83-88, 2006.
- ALLEN, P. F.; LOCKER, D.**Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile.** Community Dental Health, v.14, n.3, p.133-138, 1997.
- ANTONIAZZI, R.P. et al. **Efeito do crack nas condições bucais: Revisão de literatura.** Braz J Periodontol, v. 23; 23(1): 13-18, 2013.
- ARAUJO, A.C; GUSMAO, E.S.; BATISTA, J.E.; CIMOES, R. **Impact of periodontal disease on quality of life.** Quintessence Int, 41: e111–e118, 2010.
- ARMITAGE CG. **Developmant of a classification system for Periodontal Disease and conditions.** Ann Periodontol, 4:1-6, 1999.
- ARTESE, H.P.C.; RABELO, M.de S.; FOZ, A.M.; HORLIANA, A.C.R.T.; ROMITO, G.A.; PANNUTI, C.M. **Como estabelecer confiabilidade e evitar erros de mensuração nas pesquisas clínicas periodontais?** Braz J Periodontol, v. 22, n. 2, p. 36-40, 2012.
- AAP - AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. **Parameters of care.** Journal of Periodontology, Chicago, v. 71, n. 5, p. 847-883, 2000.
- BERGSTROM J. **Cigarette smoking as risk factor in chronic periodontal disease.** Community Dent Oral Epidemiol, v. 17, p. 245-7,1989.
- BERNABE, E.; MARCENES, W. **Periodontal disease and quality of life in British adults.** J Clin Periodontol, 37:968-972, 2010.

BENEDETTO A.; GIGANTE, I.; COLUCCI, S.; GRANO, M. **Periodontal Disease: Linking the Primary Inflammation to Bone Loss**. Clinica and Developmental Immunology, 2013.

BIAZEVIC, M.G.H. et al. **Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents**. Braz Oral Res, 22:36-42, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Resultados principais**. Brasília, 2011. 92p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País**. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça, Secretaria da justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná. Relatório II. Núcleo de pesquisa em criminologia e política penitenciária – NUPECRIM. **Sobre a quantidade de drogas para uso ou tráfico e a necessidade de regulamentação**. Paraná. 2014.

BRAUCHLE, F.; NOACK, M.; REICH, E. **Impact of periodontal disease and periodontal therapy on oral health-related quality of life**. International Dental Journal, 63: 306–311, 2013.

BÜCHELE, F.; COELHO, E.B. S; LINDNER, S.R. **A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso de drogas**. Cien Saude Colet, 14 (1):267-273, 2009.

CARLINI, E.A.; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ J.C.F.; NOTO A.R. **Drogas Psicotrópicas - O que são e como agem**. Revista IMESC, n. 3, p. 9-35, 2001.

CASCAES AM, PERES KG, PERES MA. **Periodontal disease is associated with poor self-rated oral health among Brazilian adults**. J ClinPeriodontol36, 25-33, 2009

CABRAL, G.A. **Drugs of abuse, immune modulation, and AIDS**. J Neuro immune Pharmacol, 1(3):280-95, 2006

CARRANZA, F.A.; CAMARGO, P.M.; TAKEI, H.H. **Perda óssea e padrões de destruição óssea**. In: NEWMAN, M.G.; TAKEI, H.H.; KLOKKEVOLD, P.R.; CARRANZA, F.A. Periodontia Clínica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CARVALHO, A.E.; SANTOS, I.G.; CURY, V.F. **A influência do tabagismo na doença periodontal: revisão de literatura**. R. virtual Odontol, v. 2, n. 5, p. 7-12, 2008.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**, 2005. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>

CHEN CY, LIN KM: **Health consequences of illegal drug use**. Curr Opin Psychiatry, 22:287–292, 2009.

COOK, J.A. **Associations between use of crack cocaine and HIV-1 disease progression: Research findings and implications for mother-to-infant transmission**. Life Sciences, v. 88, p. 931–939, 2011.

COLODEL, E.V. et al. **Alterações bucais presentes em dependentes químicos**. Revista Sul-Brasileira de Odontologia, 6(1): 44-48, 2009.

COSTA, S.K.P. et al. **Condições de Saúde Bucal em Droga-Dependentes**. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 11(1): 99-104, 2011.

COHEN-CARNEIRO, F.; REBELO, M.A.; SOUZA-SANTOS, R.; AMBROSANO, G.M.; SALINO, A.V.; PONTES, D.G. **Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil**. Cad Saude Publica, 2010.

COHEN-CARNEIRO, F.; SOUZA-SANTOS, R.; REBELO, M.A. **Quality of life related to oral health: contribution from social factors**. Cien Saude Colet, Suppl 1:1007-15, 2011.

CUNHA-CRUZ, J.; HUJOEL, P.P.; KRESSIN, N.R. **Oral health-related quality of life of periodontal patients**. J Periodontal Res 42, 169-176. (2007).

D'AMORE, M.M. et al., **Oral health of substance-dependent individuals: Impact of specific substances**. Journal of Substance Abuse Treatment. 2011; 41:179-185.

DUALIBI, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil**. Cad. Saúde Pública, v. 24, p. 545-557, 2008.

DUNN, J.; LARANJEIRA, R. **Cocaine--profiles, drug histories, and patterns of use of patients from Brazil**. Subst Use Misuse, v. 34, n.11, p. 1527-48, Sep 1999.

DURHAM, J. et al. **Impact of periodontitis on oral health-related quality of life**. J Dent. 2013

GABARDO, M.C.L.; MOYSES, S.T.; MOYSES, S.M. **Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática**. Rev Panam Salud Publica [online]; 33(6), 439-445, 2013.

GUINDALINI, C., VALLADA, H., BREEN, G. & LARANJEIRA, R. **Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: Do they represent a different group?** BMC Public Health, 6(10), 1-17, 2005.

HORTA, R.L. et al. **Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, Nov. 2011.

KAUSHIK, K.S.; KAPILA, K.; PRAHARAJ, A.K. **Shooting up: the interface of microbial infections and drug abuse**. J Med Microbiol, 60:408-22, 2011.

KINANE, D.F.; PRESHAW, P.M.; LOOS, B.G. **Host-response: understanding the cellular and molecular mechanisms of host-microbial interactions- consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology**. J Clin Periodontol, 38 Suppl 11:44-8, 2011.

LEE, C.Y.; MOHAMMADI, H.; DIXON, R. A. **Medical and dental implications of cocaine abuse**. J Oral Maxillofac Surg, v. 49, n. 3, p. 290-3, 1991.

LEÃO, A.; SHEIHAM, A. **The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living**. Community Dent Health, England, v.13, n.1, p.22-26, 1996.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG N.P. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral**. Guanabara Koogan, 4ª edição, 2005.

LOCKER, D. **Concepts of oral health, disease and the quality of life**. In: SLADE, G.D. (Ed.) **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina; 12, 1997.

LÓPEZ, R.; BAEUM, V. **Cannabis use and destructive periodontal diseases among adolescents**. J Clin Periodontol, v. 36, p. 185–189, 2009.

LOURO, P.M. et al. **Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer**. Jornal de Pediatria, v. 77, n. 1, p.23-28, 2001.

MARCON, S.R.; RUBIRA, E.A.; ESPINOSA, M.M.; BARBOSA, D.A. **Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 20(1), 2012.

MARQUES, T.C.N. et al. **The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons**. BMC Oral Health, 15:38, 2015.

MITCHELL-LEWIS, D. A. et al. **Identifying oral lesions associated with crack cocaine use**. J Am Dent Assoc, v. 125, n. 8, p. 1104-8, 1110, Aug 1994.

MCMILLAN, A.S.; WONG, M.C.M.; LO, E.C.M.; ALLEN, P.F. **The impact of oral disease among the institutionalized and non-institutionalized elderly in Hong Kong**. J Oral Rehabil; 30:46-54, 2003.

MILROY, C.M.; PARAI, J.L. **The histopathology of drugs of abuse**. **Histopathology**, 59(4): 579-93, 2011.

MATOS, G.R.M.; GODOY, M.F. **Influência do tabagismo no tratamento e prognóstico da doença periodontal.** Arq Ciênc Saúde, v.18, n.1, p. 55-8, 2011.

MOREIRA, T.C; FIGUEIRÓ, L.R. **Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(7); 1953-1962, 2013.

MORENO, M.V.M.et al. **Dental profile of a community of recovering drug addicts.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2013 Jul 1; 18 (4): 671-9.

NOGUEIRA FILHO, G.R. **O fumo como fator de risco à doença periodontal.** Revista de Periodontia, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.20 – 23 1997.

OLIVEIRA, B.H.; NADANOVSKY, P. **Psychometric properties of the brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form.** Community Dent Oral Epidemiol, Denmark, v.3, p.307-314, 2005.

OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, A.S. **Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso.** Rev Psiq Clín, 35(6): 212-8, 2008.

OLIVEIRA, D.C., FERREIRA, F.M., MOROSIN, I.A., TORRES-PEREIRA, C.C., MARTINS PAIVA, S., FRAIZ, F.C. **Impact of Oral Health Status on the Oral Health-Related Quality of Life of Brazilian Male Incarcerated Adolescents.** Oral Health Prev Dent, 2015.

OFFENBACHER, S.; KATZ, V.; FERTIK, G.; COLLINS, J.; BOYD, D.; MAYNOR, G. et al. **Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight.** J Periodontol, v. 67, n. 10, p. 1103-13, Oct 1996.

PARRY, J.; PORTER, S.; SCULLY, C.; FLINT, S.; PARRY, M.G. **Mucosal lesions due to oral cocaine use.** Br Dent J, 22;180(12):462-4, 1996.

PEDREIRA, R.H.S. et al. **Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação.** Odontol Univ São Paulo, 13(4): 395-9, 1999.

PELLEGRINO, T.; BAYER, B.M. **In vivo effects of cocaine on immune cell function.** J Neuro immunol, 15; 83(1-2): 139-47, 1998.

RIBEIRO, E.D.P.; OLIVEIRA, J.A.; ZAMBOLIN, A.P.; LAURIS, J.R.P.; TOMITA, N.E. **Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação.** Pesqui Odontol Bras, v. 16, n. 3, p. 239-245, 2002.

ROBINSON, P.G. et al. **Comparision of OHIP 14 and OIDP as interviews and questionnaires.** Community Dent Health, England, v.18, p.144-149, 2001.

SANCHEZ, Z. VAN DER. M.; NAPPO, S.A. **Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes.** Rev Saúde Pública, v. 36, n. 4, p. 420-30, 2002.

SANDERS, A.E.; SLADE, G.D.; LIM, S.; REISINE, S.T. **Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations.** Community Dent Oral Epidemiol, 2009.

SAYAGO, C.B.W. **Características de usuários de crack internados em serviços especializados de Porto Alegre.** [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2011.

SHEIHAM, A. et al. **Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain.** Community Dent Oral Epidemiol, 29:195-203,2001

SHEKARCHIZADEH, H.; EKHTIARI, H.; KHAMI, M.R.; VIRTANEN, J.I. **Patterns of pre-treatment drug abuse, drug treatment history and characteristics of addicts in methadone maintenance treatment in Iran.** Harm Reduct J, (7); 9:18, 2012.

SHINKAI, R.S.; DEL BEL CURY, A.A. **O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso.** Cad Saúde Pública, 16(4): 1099-1109,2000.

SILVEIRA, C. et al. **Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, 2013.

SIMONA, G.; MÂRTU, S.; BALCOS, C. **Quality of Life Regarding Patients with Periodontal Disease in Iasi, Romania.** Procedia - Social and Behavioral Sciences, v.127, 2014.

SLADE GD, NUTTAL N, SANDERS E, STEELE JG, ALLEN F, LAHTI S. **Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia.** Br Dent J; 8:489-96, 2005

SLADE GD, SPENCER AJ, LOCKER, D, HUNT RJ, STRAUSS RP, BECK JD. **Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina.** J Dent Res; 75:1439-50 1996.

SLADE, GD; SPENCER, AJ. **Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile.** Community Dent Health,1:3-11, 1994.

SLADE, G. D. **Derivation and validation of a short-form oral health impact profile.** Commun Dent Oral Epidemiol, Denmark, v.25, p.284-90, 1997.

STEFANIDOU M.; LOUTSIDOU, A.C.; CHASAPIS, C.T.; SPILIOPOULOU, C.A. **Immunotoxicity of cocaine and crack.** Curr Drug Abuse Ver, 4(2):95-7, 2011.

THOMSON, W.M.; POULTON,R.; BROADBENT, J.M.; MOFFITT, T.E.; CASPI, A.; BECK , J.D. et al. **Cannabis Smoking and Periodontal Disease Among Young.** JAMA, v. 299, n. 5, p. 525-531, Feb 2008.

WOOD, R.W.; SHOJAIE, J.; FANG, C.P.; GRAEFE, J.F. **Methylecgonidine coats the crack particle.** Pharmacol Biochem Behav, 53(1):57-66, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **Oral Health Surveys - Basic Methods**. Geneva: World Health Organization; 1997.

WHOQOL GROUP. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**. Social Science and Medicine, New York, n.10, p.1403-1409, 1995.

YUKNA, R.A. **Cocaine periodontitis**. Int J Periodontics Restorative Dent;11(1):72-9, 1991.

APÊNDICES

APÊNDICE 1-	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	páginas 55 e 56
APÊNDICE 2 -	QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO, DE SAÚDE BUCAL, DE DROGADIÇÃO E CONDIÇÃO PERIODONTAL.....	páginas 57 a 60

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Nós, Maria Ângela Naval Machado e Andréa dos Santos de Castro, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, paciente do Instituto de Pesquisa e Tratamento de Alcoolismo (IPTA) ou da Associação San Julian Amigos e Colaboradores a participar de um estudo intitulado “Avaliação da saúde bucal e da condição periodontal e seu impacto na qualidade de vida de dependentes químicos”. Através desse tipo de pesquisa é que ocorrem os avanços importantes na área da odontologia, e sua participação é fundamental. O objetivo da pesquisa é verificar se existe alguma alteração na gengiva e nos seus dentes e se estas doenças podem interferir nas suas atividades cotidianas.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário realizar um exame na sua boca medindo alguns pontos entre a gengiva e seus dentes. Com essas medidas poderemos saber se você possui algum tipo de doença na sua gengiva (doença periodontal) que pode levar com o tempo a possibilidade de perda do seu dente. Um exame dos dentes também será realizado por visualização, para verificar se você tem cárie e se extraiu algum dente.
- c) Como em qualquer exame, você poderá experimentar algum desconforto na gengiva na hora da inserção do instrumento odontológico (sonda periodontal milimetrada) entre a gengiva e o dente para obter registros da presença da doença periodontal. O exame bucal é indolor.
- d) O exame empregado neste estudo não é capaz de produzir qualquer dano ou risco aos pacientes examinados. Contudo os benefícios esperados são:
1. Esclarecimentos que receberei sobre o que é a doença periodontal e a cárie e como tratá-la.
 2. Orientações sobre higiene oral, aprendendo as técnicas de escovação e uso do fio dental.
 3. Encaminhamento para realização de tratamento odontológico na Clínica odontológica da UFPR, conforme a disponibilidade.
- e) Os pesquisadores Maria Ângela Naval Machado e Andréa dos Santos de Castro responsáveis por este estudo poderão ser contatados na Universidade Federal do Paraná, Rua Prefeito Lothário Meissner nº632, no período da manhã ou a tarde de 2ª a 5ª feira ou pelo email man.machado@ufpr.br e deacastro@gmail.com para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhes as informações que queira antes, durante e depois de encerrado o estudo. Os pesquisadores poderão ser contatados pelo telefone 3360-4035 ou celulares 41-99571220 (Maria Ângela) e 41 -91495136 (Andréa).

f)

Rubricas:	
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal	
Pesquisador Responsável _____	
Orientador _____	Orientado _____

<p>Co mitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP: 80060-240 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br</p>
--

- g) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (Maria Ângela Naval Machado e Andréa dos Santos de Castro). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito na codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.
- h) As despesas necessárias para a realização da pesquisa (exame, etc) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que qualquer problema decorrente do estudo será tratado pelo pesquisador responsável, na Clínica de Odontologia da Universidade Federal do Paraná.
- i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Local e data: _____, ____ de _____ de 20__

Profa. Dra. Maria Ângela Naval Machado
Pesquisadora Responsável e Orientadora do Projeto

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE 2: MODELO DE QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO, DE SAÚDE BUCAL, DE DROGADIÇÃO E CONDIÇÃO PERIODONTAL.

Entrevistador: _____ N° de Identificação: _____

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: **FM** ☐ ☐

Data de nascimento: ____/____/____ Local de Nascimento: _____

Cidade/Município: _____ Bairro: _____

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA:

1.Etnia <input type="checkbox"/> 1-branco <input type="checkbox"/> 2-pardo <input type="checkbox"/> 3-negro <input type="checkbox"/> 4-indígena <input type="checkbox"/> 5-amarelo	2.Estado Civil <input type="checkbox"/> 1-solteiro <input type="checkbox"/> 2-casado <input type="checkbox"/> 3-divorciado <input type="checkbox"/> 4-viúvo	3.Escolaridade Nível <input type="checkbox"/> 0- Fundamental Comp 1-1ºGrau completo 2-2ºGrau completo 3-3ºGrau completo 4-Curso Técnico	3'.Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Fundamental Incompleto 1-1ºIncompleto 2-2ºIncompleto 3-3ºIncompleto	4.Estudante <input type="checkbox"/> 0-SIM <input type="checkbox"/> 1- NÃO
5.Trabalha <input type="checkbox"/> 0-SIM <input type="checkbox"/> 1-NÃO (desempregado)	6. Reside Com: <input type="checkbox"/> 1-Sozinho3- Pais 2-Irmãos4-Cônjuge 5-Avós 6-Outros	7.Renda (em salário min.) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3ou + <input type="checkbox"/>		

SAÚDE GERAL -Sofre alguma dessas doenças?

DOENÇAS	SIM	NÃO	QUAL (is)
Problemas Cardíacos			
Problemas Renais			
Problemas Gástricos			
Problemas Respiratórios			
Problemas Alérgicos			
Problemas Articulares/Reumatismo			
Diabetes			
Problemas com Cicatrização			

SAÚDE BUCAL

HÁBITOS DE HIGIENE

SIM

NÃO

Escova os dentes?	
Faz uso de pasta de dente?	
Faz uso de fio dental	
Sente gosto metálico na boca?	
Sente seus dentes moles?	

Quantas vezes escova o dente ao dia?

Quando foi a última vez que fez tratamento?

Porque procurou tratamento?

Qual a substância que levou você a buscar o tratamento atual? _____

VÍCIOS - CRACK

Quantas vezes você já foi internado para o tratamento de crack?

Quanto desses tratamentos foram apenas para desintoxicação?

Que idade você tinha quando foi internado pela primeira vez?

CRACK**Há quanto tempo vc usa o crack?anos**

Frequência:diária

semanal

mensal

Quantidade (número de pedras):**Uma pedra crack = 0,25 g**

Neste momento o quanto é importante para você este tratamento?

0- Nada 1 - Pouco 2- Mais ou menos 3- Consideravelmente 4- Extremamente

Desde que começou a usar você já esteve limpo das drogas e do álcool por pelo menos um ano? 1-sim 0- não

Você, por conta das drogas, já foi detido por policiais? Se sim qual motivo? 1-sim 0-não_____

Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro de papel?

CIGARRO DE PAPEL SIM () NÃO ()**Há quanto tempo (anos)?**

Frequência: diária 1, 2 x ao dia

3 ou +

Quantidade:**CIGARRO DE MACONHA SIM () NÃO ()****Há quanto tempo?**

Frequência: diária: 1 2 x ao dia

3 ou +

Quantidade: 1 2 baseados/dia

3 ou +

OUTRAS DROGAS SIM NÃO FREQUÊNCIA QUANTIDADE em g

COCAÍNA

Diária (D) /Semanal (S)

LSD / ÁCIDO

Diária (D) /Semanal (S)

ECSTASY

Diária (D) /Semanal (S)

OXY

Diária (D) /Semanal (S)

Obs.: Nenhuma resposta usar NR

32	PS	NIC	33	PS	NIC	34	PS	NIC	35	PS	NIC	36	PS	NIC
MV														
V														
DV														
ML														
L														
DL														
SM														
SS														

37	PS	NIC	41	PS	NIC	42	PS	NIC	43	PS	NIC	44	PS	NIC
MV														
V														
DV														
ML														
L														
DL														
SM														
SS														

45	PS	NIC	46	PS	NIC	47	PS	NIC
MV								
V								
DV								
ML								
L								
DL								
SM								
SS								

Biofilme SIM ☐ NÃO ☐

Cálculo SIM ☐ NÃO ☐

ANEXOS

ANEXO 1 -	CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-UFPR.....	62 e 63
ANEXO 2 -	MODELO DE QUESTIONÁRIO PARA MENSURAR O IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA (OHIP14).....	64
ANEXO 3 -	AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS, VALIDAÇÃO E CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO OHIP-14.....	65

ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS - UFPR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da saúde bucal e da condição periodontal e seu impacto na qualidade de vida de dependentes químicos

Pesquisador: Maria Ângela Naval Machado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23289213.5.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Estomatologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 470.154

Data da Relatoria: 13/11/2013

Apresentação do Projeto:

O presente estudo, proposta do departamento de Estomatologia, possui caráter transversal e pretende avaliar a qualidade de vida de usuários de álcool e crack, em tratamento no IPTA em Campo Largo - PR. Para tanto, será aplicado questionário validado da área, bem como realização de exame clínico não invasivo.

A análise dos dados será quantitativa a partir de análises estatísticas dos resultados observados.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a experiência de cárie, a condição periodontal e o impacto dessas doenças na qualidade de vida de dependentes químicos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados no corpo do projeto e no TCLE, de acordo com o solicitado pelo CEP e estão bem descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem estruturada e segue os preceitos éticos necessários para a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados de acordo com o solicitado pelo CEP.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 470.154

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi anexada a declaração final modelo CONEP, onde o Coparticipante declara ter lido e concordar com o Parecer deste CEP/SD.

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o participante como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CURITIBA, 27 de Novembro de 2013

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280
Bairro: 2º andar
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**ANEXO 2: MODELO DE QUESTIONÁRIO PARA MENSURAR O IMPACTO DA
SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA (OHIP-14)**

Perguntas	Respostas				
	Nunca (0)	Raramente (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
1.Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
2.Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
3.Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4.Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
5.Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
6.Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
7.Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
8.Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
9.Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
10.Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
11.Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
12.Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
13.Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
14.Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					

ANEXO 3. AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS, VALIDAÇÃO E CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO OHIP-14

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS, VALIDAÇÃO E CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO OHIP-14.

Domínios do OHIP-14	Média ± dp	Mediana (min-max)	Correlação entre OHIP-total e domínios	Consistência interna do domínio*	Validade discriminante do domínio**	Validade teste e reteste
Limitação funcional	2,5 ± 2,4	2 (0 - 8)	0,68	(0,77; 0,87)	(0,29; 0,45)	0,98
Dor física	4,0 ± 2,5	4 (0 - 8)	0,73	(0,82; 0,86)	(0,26; 0,56)	0,98
Desconforto psicológico	5,0 ± 2,6	6 (0 - 8)	0,68	(0,77; 0,89)	(0,22; 0,47)	0,99
Incapacidade física	3,1 ± 2,8	3 (0 - 8)	0,79	(0,86; 0,91)	(0,37; 0,51)	0,99
Incapacidade psicológica	3,9 ± 2,5	4 (0 - 8)	0,74	(0,77; 0,85)	(0,26; 0,55)	1
Incapacidade social	2,4 ± 2,7	2 (0 - 8)	0,72	(0,84; 0,89)	(0,29; 0,55)	0,99
Desvantagem social	3,0 ± 2,7	3 (0 - 8)	0,76	(0,76; 0,89)	(0,28; 0,53)	0,99
OHIP total	24,0 ± 13,5	22 (0 - 56)	-	(0,48; 0,73)	-	0,99

FONTE: a autora (2015)

*Amplitude das correlações entre os itens que compõem o domínio e o domínio (menor e maior coeficiente de correlação de Spearman).

** Amplitude das correlações entre os itens que compõem o domínio e os demais domínios (menor e maior coeficiente de correlação de Spearman).